Statistique Canada · Statistics Canada
Nº 96-321-MPF au catalogue, nº 1

VIEILLIR AU CANADA

LES ASPECTS DÉMOGRAPHIQUE ET GÉOGRAPHIQUE DU VIEILLISSEMENT

SÉRIE DES MONOGRAPHIES DU RECENSEMENT

Eric G. Moore et Mark W. Rosenberg,
avec la collaboration de Donald McGuinness

ERRATA

Moore et Rosenberg, *Vieillir au Canada*
ISBN 0-17-606976-3

Veuillez prendre note des corrections suivantes :

Page 55
Dans la figure 2.3, on devrait lire «Migrants intraprovinciaux» et non «Migrants interprovinciaux» dans la légende.

Figures 3.3, 3.4, 3.10, 3.11, 5.7 et 5.8
La légende doit se lire ainsi :

100,0 et plus
90,0 à 99,9
80,0 à 89,9
70,0 à 79,9
60,0 à 69,9
Moins de 60,0

Rapport hommes-femmes = hommes de 65 ans et plus / femmes de 65 ans et plus × 100.

Vieillir au Canada

Les aspects démographique et géographique du vieillissement

Eric G. Moore et Mark W. Rosenberg, avec la collaboration de
Donald McGuinness

Département de géographie
Queen's University



Statistique Canada / Statistics Canada

Publié en collaboration avec



I(T)P® Nelson

une société du groupe International Thomson Publishing

Toronto • Albany • Bonn • Boston • Cincinnati • Detroit • Londres • Madrid • Melbourne
Mexico • New York • Pacific Grove • Paris • San Francisco • Singapour • Tokyo • Washington

I(T)P® International Thomson Publishing
Le logo ITP est une marque de commerce autorisée.

Publié en 1997 par
I(T)P® **Nelson**
Une filiale de Thomson Canada Limited, 1997
1120 Birchmount Road
Scarborough, Ontario M1K 5G4

Visitez le site Web de Nelson à **http://www.nelson.com/nelson.html**

Publication autorisée par le ministre
responsable de Statistique Canada

Données de catalogage avant publication (Canada)

Moore, Eric G.
Vieillir au Canada

Publié aussi en anglais sous le titre : Growing old in Canada : demographic and geographic perspectives. Comprend des références bibliographiques et un index.
ISBN 0-17-606976-3

1. Personnes âgées - Canada. 2. Personnes âgées - Canada - Statistiques. 3. Personnes âgées, Services aux - Canada. 4. Canada - Recensement, 1991. I. Rosenberg, Mark. II. McGuinness, Donald. III. Statistique Canada. IV. Titre.

HQ1064.C2M6414 1996 305.26'0971 C96-932167-8

Imprimé et relié au Canada
1 2 3 4 (BG) 00 99 98 97

Dedication



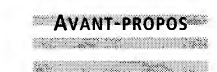
Edward Thomas Pryor, 1931–1992

This series of census analytical volumes is dedicated to the memory of Dr. Edward T. Pryor, a respected and internationally acclaimed sociologist, demographer and author. Dr. Pryor served as Director General of the Census and Demographic Statistics Branch of Statistics Canada and was affectionately known as "Mr. Census." His scholarship, vision, leadership and unfailing dedication to his profession served as inspiration and guidance in the conception and development of this series.

TABLE DES MATIÈRES

Liste des figures

Liste des tableaux



Vieillir au Canada est le premier titre d'une série de huit monographies produites par Statistique Canada dans le cadre du Programme des projets analytiques du Recensement de 1991. Ces monographies du Recensement de 1991 s'inscrivent dans une tradition qui remonte au Recensement de 1931 et que les recensements de 1961 et de 1971 ont contribué à perpétuer. Même si plusieurs études ont été réalisées dans la foulée du Recensement de 1981, le dernier programme officiel de monographies associées à un recensement remonte à 1971, et bon nombre des analyses de 1971 sont encore utilisées aujourd'hui dans le cadre des programmes d'enseignement universitaire et par le grand public.

Les monographies du recensement ont toujours eu pour but de présenter des analyses sur des sujets liés à la vie sociale et économique des Canadiens. Cet objectif vaut également pour la présente série consacrée à l'examen de quelques-unes des principales questions qui sont au cœur de la société canadienne actuelle et qui seront encore présentes au XXI[e] siècle. Les thèmes retenus pour cette série sont l'éducation, le vieillissement de la population, l'évolution du marché du travail au Canada, les familles, l'immigration, la répartition du revenu, les femmes et les peuples autochtones. À l'aide de techniques d'analyse perfectionnées, les monographies traitent les thèmes choisis en profondeur et viennent compléter la série *Le Canada à l'étude*, dont les analyses ont un caractère plus général.

J'aimerais remercier tous les auteurs qui ont participé à la production de cette excellente série. J'aimerais également remercier le personnel du Programme des projets analytiques du recensement de Statistique Canada, pour leur grande efficacité dans la gestion globale du programme, ainsi que les membres du Comité consultatif, pour leur précieuse contribution.

J'espère que cette série aidera les Canadiens à comprendre les défis qui apparaissent dans notre pays à l'aube du XXI[e] siècle et qu'elle favorisera la tenue de discussions éclairées sur les moyens à prendre pour les relever.

IVAN FELLEGI
Statisticien en chef, Statistique Canada

Avant-propos

Le vieillissement de la population constitue un important phénomène social qui se prolongera bien au-delà du tournant du siècle. Au cours du XX[e] siècle, les effets combinés de la baisse du taux de fécondité et de la prolongation de l'espérance de vie des hommes et des femmes ont entraîné un accroissement considérable de la proportion des personnes âgées. Quelles sont les caractéristiques sociales et économiques de ce segment grandissant de la population canadienne ? Où et dans quel genre de logement les aînés vivent-ils ? Quels sont leurs besoins ? Sera-t-il possible de répondre à ces besoins ?

Ces questions sont abordées dans la présente monographie intitulée *Vieillir au Canada*, qui brosse un portrait détaillé de la population âgée du Canada et qui évalue le soutien et les services disponibles. Cette étude comporte une analyse spatiale des lieux de résidence des personnes âgées, en faisant ressortir les tendances dominantes en matière de migration. En plus de se pencher sur les besoins et certaines caractéristiques des personnes âgées, telles que le revenu, l'état de santé et les modalités de vie, l'analyse traite de la capacité des collectivités à fournir l'aide et les services nécessaires. Enfin, la discussion sur la politique gouvernementale attire notre attention sur les défis qu'il faudra relever pour répondre aux besoins économiques et sociaux, ainsi qu'aux besoins en matière de santé de cette population, compte tenu des services sociaux existants qui lui sont destinés.

Vieillir au Canada fait partie de la série des monographies du Recensement de 1991, qui comporte des analyses détaillées et approfondies des thèmes choisis et qui témoigne de l'utilité et de la valeur des données du recensement, qu'elles soient utilisées seules ou qu'elles soient associées à d'autres sources de données. Les thèmes choisis pour cette série sont le vieillissement, la répartition du revenu, l'immigration, la famille, l'éducation, la population active, les femmes et les peuples autochtones. Les monographies sont utilisées dans le cadre de divers programmes universitaires et servent de fondement à la formulation et à l'élaboration de la politique gouvernementale.

La planification et la gestion du Programme des projets analytiques du Recensement de 1991 ont été confiées à la Division des projets analytiques de Statistique Canada. Le gestionnaire de programme et les autres responsables au sein de la Division ont été secondés par le Comité consultatif des projets analytiques du recensement, dont la composition reflétait les vastes intérêts et antécédents professionnels de l'ensemble du milieu de la recherche socioéconomique au Canada. Le Comité a donné des conseils sur tous les aspects du programme, notamment les thèmes à étudier, la méthodologie du concours, l'évaluation des projets soumis et le processus d'examen par les pairs. La liste des membres du Comité ainsi que du personnel de Statistique Canada qui ont généreusement donné de leur temps et de leur énergie pour réaliser la série des monographies se trouve à la section des remerciements.

Le Statisticien en chef a invité tous les chercheurs du Canada, tant les nouveaux que les chevronnés, à soumettre des projets de recherche. Les propositions

reçues ont été évaluées en fonction de leur pertinence en regard des problèmes socioéconomiques du Canada, de la portée de la méthode analytique, de la convenance des techniques et méthodes d'analyse ainsi que de l'importance accordée aux données du recensement dans l'étude. Les auteurs choisis représentent l'éventail complet des secteurs de la recherche en sciences sociales au Canada; ils proviennent des universités de tous les coins du pays et de Statistique Canada.

Le Programme des projets analytiques du Recensement de 1991 favorise l'examen des tendances et des changements qui apparaissent dans la société canadienne et, de ce fait, il perpétue une tradition fort utile en matière d'analyse du recensement. Un grand nombre des préoccupations sociales actuelles seront encore présentes au tournant du siècle, et peut-être même qu'elles s'intensifieront. Les renseignements fournis dans les monographies du Recensement de 1991 seront utiles au Canada et à tous les Canadiens. Les personnes qui s'intéressent aux questions liées au vieillissement de la population du Canada trouveront dans la monographie *Vieillir au Canada* une analyse instructive de la situation des aînés d'aujourd'hui et de l'aide qui leur est offerte.

Monica Boyd
Présidente, Comité consultatif des projets analytiques du recensement

PRÉFACE

Depuis plus de 20 ans, les démographes suivent l'évolution de la société canadienne à l'aide d'analyses basées sur les données du recensement, et ils établissent des liens entre les changements observés et leurs conséquences économiques et sociales. Il y a eu ainsi la série de travaux effectués par Kalbach et McVey (1971, 1979), dont les résumés des principales conclusions des recensements — et plus particulièrement du Recensement de 1971 — ont tracé la voie à leurs successeurs. Les travaux de Kalbach et McVey sur la population canadienne, incluant ceux plus récents de McVey et Kalbach (1995), ont été approfondis par Stone et Marceau (1977), Foot (1982), McDaniel (1986), Santé et Bien-être social Canada (1989) et Beaujot (1991), dont les études portaient explicitement sur les répercussions qu'ont les tendances démographiques sur la politique gouvernementale. De toute évidence, ces auteurs considèrent le vieillissement de la population canadienne comme un problème démographique majeur. La présente monographie propose un examen de la population âgée du Canada dans une perspective démographique et géographique, ainsi qu'un examen des répercussions plus vastes qu'auront les conclusions présentées sur la politique gouvernementale.

Les recensements effectués tous les cinq ans, les enquêtes postcensitaires et les enquêtes spéciales fournissent aux chercheurs, aux décideurs et aux collectivités l'occasion de vérifier les tendances et les relations définies dans la présente étude. Diverses enquêtes nationales récentes, comme l'Enquête sociale générale (ESG), les enquêtes sur la santé et les limitations d'activités (ESLA) et l'Enquête sur le vieillissement et l'autonomie (EVA) de Statistique Canada, ainsi que des enquêtes provinciales (comme l'Enquête sur la santé en Ontario) constituent de riches sources d'information qui permettent de faire la lumière sur l'état de santé des Canadiens et sur leurs comportements liés à la santé. Ces outils, qui ont été utilisés dans le cadre d'études fédérales (dont celles du Secrétariat du troisième âge, 1993 et de Statistique Canada, 1987, 1990a, 1990b), demeurent cependant sous-utilisés à l'échelle provinciale et infraprovinciale, en particulier l'ESLA de 1986 (Moore et Rosenberg, 1992). Le deuxième cycle de l'ESG, qui porte sur la santé (ESG 6), l'EVA et l'ESLA de 1991 sont d'autres sources de données utiles à l'examen de l'état de santé et de son incidence sur les services de santé et les services sociaux. Sans ces sources de données démographiques, économiques et sociales, il nous serait impossible de poursuivre notre examen et notre compréhension de l'évolution de la population âgée au Canada.

Les unes après les autres, les études ont démontré les liens étroits qui existent entre l'état de santé et de nombreuses variables socioéconomiques et démographiques clés, liens qui servent de fondement à notre discussion sur le vieillissement individuel et sur l'état de santé au Canada. L'âge et le sexe de la personne

sont des variables bien documentées; cependant, il existe également des liens logiques entre la santé et le niveau de scolarité, le revenu, l'état matrimonial et la composition du ménage. Ainsi, les Canadiens plus instruits et plus aisés sont en meilleure santé que les autres (Wilkins, Adams et Brancker, 1989), et il en va de même des gens mariés lorsqu'on les compare aux célibataires (Stone et Fletcher, 1986). Le fait de vivre seul est une autre variable importante — les personnes qui vivent seules ont tendance à dépendre davantage des réseaux de soutien officiels que celles qui vivent avec d'autres personnes (Stone et Fletcher, 1986; Moore, 1992).

Le rôle des établissements de soins de santé, comme les centres d'accueil et les hôpitaux pour malades chroniques, est un autre volet important de notre discussion. Le taux de placement en établissement est relativement élevé au Canada, où environ 8,1 % de la population âgée de 65 ans et plus vit en établissement. Or, comme 98 % de la population vivant en établissement a une incapacité (Dunn, 1990), il est important de tenir compte de ces personnes dans toute démarche visant à estimer la probabilité d'avoir une incapacité. Il faut en apprendre davantage sur les facteurs qui contribuent au placement en établissement et, notamment, savoir dans quelle mesure ces placements sont dus à l'absence de services de soutien qui aideraient ces gens à vivre de façon autonome plutôt qu'à une mauvaise santé (Gibson et Rowland, 1984). Les diverses ESLA, qui visent à la fois les ménages et les personnes vivant en établissement, réunissent des données sur la composition des ménages et le soutien familial disponible et des renseignements sur l'état de santé et les besoins en matière de services. Ces données permettent d'évaluer les pressions subies par les établissements et les collectivités lors de l'application de différentes politiques concernant les établissements de soins de santé.

Dans une série d'études et d'articles, Moore, Burke et Rosenberg (1990) ont déjà démontré les possibilités qu'offre l'ESLA de 1986 pour évaluer l'état de santé et son incidence sur la prestation des soins de santé et des services sociaux. Dans la présente monographie, nous combinons les résultats d'études antérieures aux données de l'ESG, de l'EVA et de l'ESLA pour présenter une analyse détaillée de l'état de santé des personnes âgées et du lien qui existe entre l'état de santé et des variables comme le sexe de la personne, la structure du ménage et les conditions économiques.

Sans ces sources de données démographiques, économiques et sociales, il nous serait impossible de poursuivre notre examen et notre compréhension de l'évolution de la population âgée au Canada.

Eric G. Moore
Mark W. Rosenberg
Département de géographie
Queen's University

REMERCIEMENTS

Statistique Canada et ITP Nelson souhaitent remercier les personnes suivantes pour leur excellente contribution à la série des monographies du recensement.

À Statistique Canada

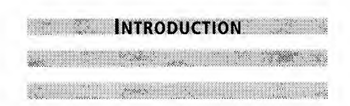
Gustave Goldmann, chef, Division des projets analytiques du recensement
Tom Caplan, chef, recherche et analyse socioéconomiques du recensement
Patty Paul, consultante principale en recherche technique
Andy Siggner, analyste principal
Nicole Kelly, commis à l'administration et à la recherche
Gaye Ward, chef, Sous-section de rédaction et de révision anglaises, Division des communications
Tom Vradenburg, rédacteur-réviseur anglais
Nathalie Turcotte, rédactrice-réviseure principale française, Sous-section de rédaction et de révision françaises
Danielle Courchesne, rédactrice-réviseure française
Sylvette Cadieux, agente de répartition, Division des langues officielles et de la traduction

Comité consultatif des projets analytiques du recensement

Monica Boyd, Carleton University, présidente
Tom Symons, Trent University
John Myles, Carleton University
Susan McDaniel, University of Alberta
Jacques Légaré, Université de Montréal
Allan Maslove, Carleton University
Paddy Fuller, Société canadienne d'hypothèques et de logement
Derrick Thomas, Citoyenneté et Immigration Canada
Elizabeth Ruddick, Citoyenneté et Immigration Canada
Ramona MacDowell, Développement des ressources humaines Canada
James Wetzel, United States Bureau of the Census
Réjean Lachapelle, Statistique Canada
Ian Macredie, Statistique Canada

À ITP Nelson

Michael Young, chef d'équipe et éditeur
Bob Kohlmeier et Marcia Miron, directeurs de la production
Angela Cluer, directrice artistique
Sylvia Vander Schee, directrice artistique adjointe
Brad Horning, coordonnateur de la production
Niche Electronic Publishing, composition
Steve MacEachern, conception graphique
Telmet Design Associates, dessin de couverture



La population du Canada vieillit. Notre pays entre dans une période sans précédent de son histoire démographique : les enfants nés entre la fin de la Seconde Guerre mondiale et le début des années 60, qui forment le groupe d'âge le plus important de toute l'histoire du Canada, franchiront le cap du troisième âge durant la première partie du XXI[e] siècle. À l'heure actuelle, le nombre et la proportion des personnes âgées dépassent toutes les données enregistrées au cours des générations précédentes, et il en sera de même pour la population âgée de demain.

La présente monographie traite, dans une perspective démographique, de la vie des personnes âgées d'aujourd'hui et de demain et de l'incidence de cette population sur le reste de la nation. Nous y discutons en profondeur des questions connexes, quoique distinctes, du «vieillissement individuel» et du «vieillissement de la population». Les principales questions liées au vieillissement individuel sont l'augmentation à long terme de l'espérance de vie (Nagnur, 1986a) ainsi que l'écart persistant, quoique à la baisse, entre l'espérance de vie des femmes et celle des hommes — qui est actuellement de 25 % à l'âge de 65 ans.

Il y a vieillissement de la population lorsque la proportion des personnes âgées dans l'ensemble de la population augmente dans une région donnée. Cette variation de la répartition de la population selon l'âge peut être mesurée de nombreuses façons, la plus simple étant de déterminer la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus (McDaniel, 1986). À l'échelle provinciale et nationale, l'accroissement de la proportion des personnes âgées est dû principalement à la baisse du taux de fécondité (Stone et Fletcher, 1986); à l'échelle locale, par contre, c'est souvent l'émigration des jeunes qui est principalement en cause (McCarthy, 1983).

Le débat public sur le vieillissement de la population a porté surtout sur les préoccupations nationales et, dans une moindre mesure, sur les préoccupations provinciales. C'est toutefois à l'échelle locale — c'est-à-dire les municipalités, les conseils de santé des régions administratives ou les responsables de la planification régionale — que les conséquences des grands changements sociétaux se font sentir et qu'elles doivent être intégrées aux politiques et mesures de planification locales. Selon certains auteurs, comme Denton et Spencer (1995), la proportion croissante de personnes âgées créera un énorme fardeau financier au cours des décennies à venir, à moins qu'on ne restructure en profondeur le système de soins de santé. Il faut toutefois prendre garde de ne pas exagérer l'importance du lien qui existe entre le vieillissement et la détérioration de l'état de santé. En effet, la très grande majorité des «jeunes» personnes âgées (les moins de 75 ans) est en bonne santé et demeure active et autonome. Ce n'est que parmi la population

âgée de 75 ans et plus que l'on observe une forte augmentation de la proportion des personnes qui ont besoin d'une aide substantielle pour accomplir les activités quotidiennes comme la préparation des repas, le magasinage ou les tâches ménagères, ou des personnes qui cessent d'être autonomes et qui doivent être placées en établissement.

Pour répondre aux nombreuses questions liées à la prestation efficace des soins de santé et des services sociaux, il est important de mieux comprendre les dimensions géographiques du vieillissement et de la santé. Il y a ainsi des questions fondamentales qui se posent concernant l'évolution de la répartition spatiale de la population âgée. En termes absolus, la population âgée du Canada est-elle toujours concentrée dans le cœur des grandes villes du pays ou est-ce que l'expansion urbaine rapide a entraîné un accroissement de la population des aînés dans les banlieues ? En termes relatifs, la proportion des personnes âgées dans la population rurale continue-t-elle de croître plus rapidement que celle dans la population urbaine ? Les petites villes sont-elles plus sujettes à un vieillissement rapide que les grandes régions métropolitaines ? Comment la situation des collectivités bénéficiant d'une économie locale dynamique se compare-t-elle à celle des régions moins favorisées ? Les réponses à ces questions dépendent probablement de la vigueur de l'économie locale, de la perception qu'on a des conditions socio-économiques des aînés et des décisions politiques prises par les échelons supérieurs de gouvernement. Les différences qui existent entre les personnes âgées vivant en milieux ruraux, en banlieues et en régions urbaines — quant à la structure du ménage, aux conditions économiques et à la disponibilité des services de soutien social — soulèvent des questions fondamentales sur l'égalité d'accès aux soins de santé et aux services sociaux.

Bien que l'objet de la présente étude ne soit pas de mesurer les services offerts par les collectivités, nous présentons une analyse limitée sur l'utilisation par les aînés des services de soutien aux «activités de la vie quotidienne» et aux «activités instrumentales de la vie quotidienne», en utilisant l'expression «vie à domicile» pour définir l'autonomie. La capacité de continuer à vivre à domicile est fonction de la situation économique, de l'état de santé et des services que la personne doit utiliser à mesure que son degré d'incapacité augmente avec l'âge. Notre examen de l'évolution de l'état de santé repose sur les différences qui existent entre les différents groupes de personnes âgées. En termes plus précis, nous analysons l'augmentation des taux de maladies et d'incapacités, ainsi que de la gravité de l'incapacité, en fonction de l'âge, de la pauvreté, du sexe de la personne et du degré d'isolement — c'est-à-dire en comparant les personnes qui vivent seules à celles vivant avec d'autres. Sur le plan individuel, nous tentons particulièrement de déterminer les segments de la population âgée qui, à cause de leur situation économique, sont particulièrement vulnérables — c'est le cas notamment des femmes âgées qui vivent seules.

Cependant, avant de discuter plus en détail de ces questions, il nous faut d'abord définir le cadre de l'étude. Le phénomène du vieillissement de la population du Canada est décrit au chapitre 1 : nous y expliquons l'accroissement de la population âgée entre 1951 et 1991, la plus longue espérance de vie des femmes

et la prédominance de ces dernières dans la population âgée, ainsi que l'importance relative de la fécondité, de la mortalité et de l'immigration dans le vieillissement de la population. Nous examinons également le vieillissement de la population à l'échelle provinciale, ainsi que les différences entre les régions urbaines et rurales, et nous discutons du nombre et des caractéristiques fondamentales des personnes âgées vivant en établissement. Enfin, les mesures de base qui sont utilisées pour la population âgée dans l'ensemble de la monographie sont présentées et définies au chapitre 1.

Le chapitre 2 porte sur le vieillissement individuel, et plus particulièrement sur les caractéristiques sociodémographiques des Canadiens âgés. Divers facteurs, dont l'état matrimonial, les modalités de vie, le degré de pauvreté, la situation d'activité et le niveau de scolarité sont examinés, à partir principalement du fichier de microdonnées à grande diffusion de 1991, offert par Statistique Canada. La disponibilité des services de soutien social est également examinée comme caractéristique du vieillissement individuel, à partir des données de l'Enquête sur le vieillissement et l'autonomie. Cette analyse mène à l'établissement d'un modèle qui correspond à la situation des personnes à faible revenu et qui confirme que l'âge avancé, le sexe de la personne et le fait de vivre seul sont les variables les plus étroitement liées à la probabilité de pauvreté chez les personnes âgées. Le modèle tient compte également des différences régionales.

Dans la seconde partie de ce chapitre, nous examinons les rôles de la migration et de la mobilité en tant que facteurs de correction, soit en prévision d'événements à venir, soit en réaction à ces événements. Nous obtenons un modèle à plusieurs variables de la migration individuelle, caractérisé par des analyses distinctes des personnes âgées de 55 à 64 ans (les préretraités), des 65 à 74 ans (les «jeunes» personnes âgées) et des 75 ans et plus. La migration est exprimée en fonction des différences socioéconomiques et géographiques qui existent entre les personnes âgées et qui semblent influer sur la fréquence des migrations et sur les circonstances dans lesquelles ces migrations se produisent.

Au chapitre 3, nous présentons une analyse géographique plus détaillée des lieux où vivaient les Canadiens âgés en 1991 et de leurs caractéristiques démographiques. Alors que les différences provinciales et régionales sont mises en évidence aux chapitres 1 et 2, l'analyse des tendances démographiques qui se dessinent dans les divisions de recensement est présentée au chapitre 3. Les divisions de recensement correspondent aux comtés, cantons, municipalités régionales et districts de l'ensemble du Canada (figure I.1). Les trois plus grandes régions métropolitaines du Canada (Toronto, Montréal et Vancouver) font l'objet d'une analyse distincte et plus approfondie.

Dans la seconde moitié du chapitre, la répartition spatiale de la population âgée à l'échelon de la division de recensement est examinée en regard de deux phénomènes : les personnes qui ne déménagent pas et qui choisissent de vieillir dans la région — le «vieillissement chez soi» — et les autres qui déménagent dans la région au moment de la retraite et qui forment le volet «migration». Cette analyse révèle que la modification profonde de la population locale est le résultat d'un ensemble complexe de changements où interviennent les plus âgés et les

plus jeunes. Cette analyse fait ressortir la prédominance du vieillissement chez soi et met en évidence le rôle important que joue la structure par âge existante dans la détermination du taux de vieillissement de la population. Le second volet de l'analyse montre l'effet de la migration des plus jeunes sur le vieillissement. On constate que les régions du Canada qui affichent les taux les plus élevés d'émigration, en particulier les Prairies et les provinces de l'Atlantique, vieillissent plus rapidement, alors que l'arrivée de jeunes immigrants en Colombie-Britannique et en Ontario ralentit de façon significative le taux de vieillissement.

L'état de santé des personnes âgées est l'objet du chapitre 4. L'incapacité, définie comme une limitation fonctionnelle de la capacité d'exécuter les activités quotidiennes, est la principale mesure de l'état de santé utilisée dans notre analyse. Des distinctions sont faites en fonction du type d'incapacité, de la gravité de l'incapacité, des activités de la vie quotidienne et des activités instrumentales de la vie quotidienne. Le degré de satisfaction à l'égard de l'état de santé et les mesures de l'utilisation des services sont également présentés. En établissant un lien entre l'état de santé des personnes âgées et leur situation socioéconomique, nous obtenons un modèle à plusieurs variables. Le chapitre se termine par un examen des variations régionales dans l'incidence de l'incapacité.

Dans le chapitre 5, nous examinons la répartition spatiale de la population âgée en l'an 2011 : pour les provinces, nous utilisons la deuxième série de projections de Statistique Canada et pour les divisions de recensement, le modèle de projection par cohorte (groupe d'âge de cinq ans) des auteurs. Parallèlement au chapitre 1, les mesures démographiques de base sont présentées à l'échelle nationale et provinciale. La deuxième partie du chapitre présente la future répartition spatiale de la population âgée par division de recensement; enfin, la troisième partie traite de la répartition spatiale prévue de l'incapacité chez la population âgée en 2011.

Dans le dernier chapitre, nous reprenons les questions soulevées dans l'introduction et discutons des idées exposées dans les chapitres 1 à 5 dans la perspective des politiques gouvernementales d'aujourd'hui et de demain.

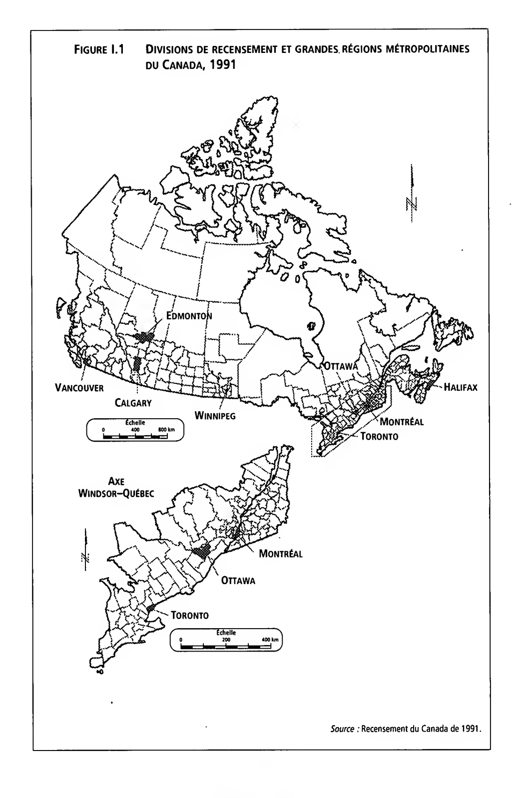
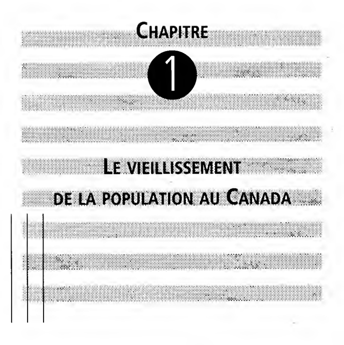


FIGURE I.1 DIVISIONS DE RECENSEMENT ET GRANDES RÉGIONS MÉTROPOLITAINES DU CANADA, 1991

Source : Recensement du Canada de 1991.



Chapitre 1

Le vieillissement de la population au Canada

Au-delà des appréhensions personnelles que fait naître chez chacun de nous le fait de vieillir ou celui de voir un être cher vieillir, le vieillissement soulève une série de questions qui préoccupent les collectivités et tous les ordres de gouvernement. Parmi ces questions, il en est deux qui ont surtout retenu l'attention : le soutien du revenu et le coût des soins de santé pour une population vieillissante. Selon des études actuarielles dont les résultats ont été largement diffusés, l'accroissement de la population âgée au cours des décennies à venir sera telle que le Régime de pensions du Canada et le Régime de rentes du Québec ne pourront plus suffire à la demande à moins que des changements n'y soient apportés (Vérificateur général du Canada, 1993).

La hausse des coûts des soins de santé imputable au vieillissement de la population a fait l'objet de nombreuses études (Angus, 1984; Barer, Evans, Hertzman et Lomas, 1987; Barer, Evans et Hertzman, 1995; Denton et Spencer, 1995; Denton, Li et Spencer, 1987; Evans, 1987; Marshall, 1994; McDaniel, 1987). Étroitement liés aux débats touchant les politiques en matière de revenu et de soins de santé sont ceux qui portent sur la prestation des services de soutien social et de logement : ces services doivent-ils être offerts dans la collectivité ou en établissement ? Les coûts devraient-ils en être assumés par les particuliers ou par l'État ? Dans ce dernier cas, à quel ordre de gouvernement devraient incomber le financement et la prestation de ces services ? Ces enjeux, les questions soulevées et les solutions proposées ont sensibilisé le public à un tel point que le vieillissement de la population est aujourd'hui perçu comme un problème type (McDaniel, 1987; Northcott, 1994); cependant, comme le font remarquer ces auteurs, le fait de voir le vieillissement comme un problème en soi nous fait imputer à ce phénomène la cause première de bon nombre de nos préoccupations[1].

Afin de résoudre les problèmes que présente le vieillissement de la population en regard des politiques gouvernementales, nous devons d'abord bien connaître les tendances fondamentales qui se dessinent au Canada, le rythme auquel survient ce vieillissement et les régions du Canada où il se produit. Nous définissons également dans le présent chapitre les concepts et mesures de base qui sont utilisés dans l'ensemble de la monographie.

Examinons d'abord le vieillissement individuel et le vieillissement de la population. Le premier est lié à ce que les démographes appellent le «cours de la vie». Durant les phases de l'enfance, de l'adolescence, de l'âge adulte puis du troisième âge, une personne vit diverses expériences comme le mariage, la maternité ou la paternité, l'emploi, le chômage, la maladie et la mort. Ces événements ne se produisent pas dans un ordre précis et, outre la mort, aucun n'est une certitude.

Cependant, les événements particuliers qui marquent le cours de la vie ont souvent des répercussions sur d'autres aspects de la vie quotidienne. Le vieillissement a un effet sur la probabilité d'expérimenter certaines situations et conditions — par exemple le retrait de la vie active, le fait de devenir grand-père ou grand-mère, l'apparition de maladies chroniques ou d'incapacités, le veuvage et la mort. La probabilité que ces événements se produisent évolue au fil des ans, sous l'effet du progrès des connaissances et des pratiques médicales, des changements dans les valeurs sociales et de la variation dans la richesse de la société. Au cœur de tous ces changements survenus dans les expériences personnelles figure la hausse substantielle de l'espérance de vie observée au cours des 40 dernières années, notamment pour ce qui est de l'espérance de vie à 65 ans (Adams, 1990; Stone et Fletcher, 1986), qui a eu pour effet de modifier à la fois le moment où apparaissent d'autres événements marquants dans la vie des personnes âgées et la vraisemblance de tels événements. Comme les personnes vivent de plus en plus longtemps, la mort du conjoint ou de la conjointe, le passage à un état de fragilité et la perte d'autonomie nécessitant un recours à des services de soutien pour les activités de la vie quotidienne auront tendance à survenir plus tard. Par ailleurs, l'espérance de vie étant plus longue, le nombre de personnes âgées augmentera.

Le vieillissement de la population fait référence précisément au nombre relatif et aux attributs des personnes âgées dans la population en général. L'âge de 65 ans est le seuil qui départage habituellement les «jeunes» des «vieux», ceci tenant essentiellement aux liens traditionnels et institutionnalisés qui existent entre cet âge et le retrait de la vie active et un éventail d'avantages sociaux. La proportion des personnes âgées de 65 ans et plus est la mesure la plus courante du vieillissement de la population (McDaniel, 1986) et nous l'utilisons largement dans la présente monographie. Cependant, il n'existe aucune transition obligatoire pour une personne de cet âge, et il est clair que la grande majorité des personnes de 65 ans et plus se considèrent comme des personnes actives et en santé pouvant contribuer à la société (Stone et Fletcher, 1986). Comme nous l'indiquons au chapitre 4, ce n'est que beaucoup plus tard que les risques d'éprouver de graves problèmes de santé, de subir une perte d'autonomie et de vivre en établissement augmentent sensiblement, plus particulièrement après l'âge de 80 ans. Aussi portons-nous une attention particulière aux différences qui existent, selon l'âge, entre les

situations et les comportements des personnes de 65 ans et plus, en tentant particulièrement de faire ressortir les contrastes entre les personnes âgées «jeunes» et «vieilles».

Le vieillissement de la population est le résultat non seulement de l'accroissement du nombre des personnes de 65 ans et plus, mais également de l'augmentation ou de la diminution des personnes de moins de 65 ans. Dans son analyse des moyens susceptibles de réduire l'impact de l'accroissement de la population âgée sur les coûts des soins de santé et des régimes de pensions, Henripin (1994) examine les avantages relatifs de diverses solutions : prolonger la période d'emploi à vie des femmes, accroître le nombre d'enfants par femme et reporter l'âge de la retraite. Selon ses estimations, il serait possible de réduire de 10 % les coûts de la santé en prolongeant de 6,3 ans la période d'emploi à vie des femmes, en augmentant de 0,2 le nombre d'enfants par femme ou en reportant de trois ans l'âge de la retraite des femmes. Comme nous pouvons le constater, deux de ces propositions s'appuient sur des changements qui touchent les jeunes, et non les personnes âgées, alors que la troisième repose sur la modification du seuil qui marque le début de la «vieillesse». Ces liens qui existent entre les jeunes et les aînés ainsi que leurs répercussions sur la politique gouvernementale sont des thèmes qui sont repris tout au long du présent chapitre et dans le reste de la monographie.

1.1 LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION DU CANADA

Toute discussion sur les dimensions géographiques du vieillissement devrait débuter par une discussion sur le pays étudié. Les valeurs sociales liées à la fécondité et à la reproduction, les progrès de la médecine qui influent sur la mortalité et la morbidité ainsi que les mesures de contrôle de l'immigration, par exemple, sont tous soumis aux forces nationales (ou internationales).

Depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale, le Canada est l'un des pays industrialisés dont la population a crû le plus rapidement, par suite de l'explosion démographique qui s'est déroulée de la fin des années 40 au début des années 60 (Romaniuc, 1994). De 1951 à 1991, la population totale du Canada est ainsi passée de 14,0 millions à 27,1 millions (tableau 1.1)[2]. Au plus fort de cette explosion démographique, soit entre 1951 et 1956, le taux de croissance annualisé a atteint un sommet de 2,8 % par année, pour ensuite diminuer de façon continue jusqu'au début des années 80 où il est tombé juste en deçà de 1 %. Cependant, à la suite d'une augmentation marquée des niveaux d'immigration à la fin des années 80 et des mesures prises pour freiner la baisse du taux de fécondité alors en chute libre, le taux de croissance annualisé durant la période de 1986 à 1991 a de nouveau augmenté, pour atteindre 1,5 % par année[3].

Comme dans tous les autres pays développés qui affichent à la fois une baisse de la fécondité et de la mortalité, le nombre de personnes âgées au Canada croît à un rythme beaucoup plus rapide que l'ensemble de la population. En 1951, on comptait 1,08 million de personnes âgées de 65 ans et plus, ce qui représentait 7,8 % de la population totale; dans ce groupe, 149 000 personnes étaient âgées de 80 ans et plus, ce qui constituait 1,1 % de la population. Quarante ans plus tard, le

TABLEAU 1.1 CROISSANCE DÉMOGRAPHIQUE AU CANADA, 1951 À 1991

ANNÉE	FEMMES			HOMMES			POPULATION TOTALE		
	Population totale	Population de 65 ans et plus	Population de 80 ans et plus	Population totale	Population de 65 ans et plus	Population de 80 ans et plus	Population totale	Population de 65 ans et plus	Population de 80 ans et plus
					en milliers				
1951	6 921	535	81	7 089	551	69	14 009	1 086	149
1956	7 929	622	98	8 152	622	84	16 081	1 244	182
1961	9 019	717	123	9 219	674	104	18 238	1 391	228
1966	9 961	823	156	10 054	717	124	20 015	1 540	280
1971	10 773	963	201	10 795	782	140	21 568	1 744	342
1976	11 543	1 127	240	11 450	875	145	22 993	2 002	385
1981	12 275	1 350	292	12 068	1 011	159	24 343	2 361	451
1986	12 824	1 564	353	12 486	1 133	185	25 309	2 698	537
1991	13 730	1 834	432	13 344	1 327	226	27 073	3 161	657
	Pourcentage des 65 ans et plus	Pourcentage des 80 ans et plus	Pourcentage des 65 ans et plus âgées de 80 ans et plus	Pourcentage des 65 ans et plus	Pourcentage des 80 ans et plus	Pourcentage des 65 ans et plus âgés de 80 ans et plus	Pourcentage des 65 ans et plus	Pourcentage des 80 ans et plus	Pourcentage des 65 ans et plus âgés de 80 ans et plus
1951	7,7	1,2	15,1	7,8	1,0	12,5	7,8	1,1	13,7
1956	7,8	1,2	15,8	7,6	1,0	13,4	7,7	1,1	14,6
1961	7,9	1,4	17,2	7,3	1,1	15,5	7,6	1,2	16,4
1966	8,3	1,6	19,0	7,1	1,2	17,3	7,7	1,4	18,2
1971	8,9	1,9	20,9	7,2	1,3	17,9	8,1	1,6	19,6
1976	9,8	2,1	21,3	7,6	1,3	16,6	8,7	1,7	19,2
1981	11,0	2,4	21,6	8,4	1,3	15,7	9,7	1,9	19,1
1986	12,2	2,7	22,5	9,1	1,5	16,3	10,7	2,1	19,9
1991	13,4	3,1	23,6	9,9	1,7	17,0	11,7	2,4	20,8

Sources : Recensements du Canada de 1951 à 1991.

nombre de personnes âgées de 65 ans et plus atteignait près de 3,2 millions, soit 11,7 % de la population totale; pour sa part, le nombre des personnes âgées de 80 ans et plus avait plus que quadruplé, pour s'établir à 657 000 (2,4 % de la population). Durant cette période de 40 ans, la population âgée de 65 ans et plus a maintenu un taux de croissance annuel de plus de 3 %, taux qui a atteint près de 4 % chez les 80 ans et plus. Ainsi, non seulement la population du Canada a-t-elle vieilli de façon soutenue, mais la composition interne du groupe des 65 ans et plus a elle-même changé. Aujourd'hui, ce groupe est composé d'une proportion de plus en plus importante de personnes âgées de 80 ans et plus, et cette situation a de nombreuses conséquences importantes sur les politiques gouvernementales.

1.1.1 Les différences dans le vieillissement selon le sexe

L'accroissement de la population âgée n'a pas été uniforme chez les deux sexes (figure 1.1). Durant la période de l'après-guerre, la population âgée féminine a maintenu une croissance rapide et soutenue, alors qu'une baisse marquée du taux de croissance a été observée dans la population masculine, en particulier chez les 80 ans et plus, durant les décennies du milieu du siècle; ce n'est que depuis peu que le taux de croissance de la population âgée masculine a atteint, voire dépassé, celui des femmes. Certes, cette différence tient en partie aux changements relatifs dans la mortalité des deux groupes (Stone et Fletcher, 1986), mais elle reflète également la taille relative des cohortes vieillissantes. Les personnes qui ont atteint l'âge de 80 ans durant les années 60 et 70 faisaient partie des cohortes qui avaient été exposées à la forte mortalité associée à la Première Guerre mondiale. Le fait que les cohortes atteignant l'âge de 65 ans sont relativement plus petites diminue le taux global de vieillissement, alors que l'inverse se produit lorsque les cohortes sont grosses.

Le rapport hommes-femmes (rapport de masculinité) parmi les personnes âgées a donc diminué et s'est progressivement accentué pour les personnes plus

TABLEAU 1.2 NOMBRE D'HOMMES POUR 100 FEMMES, SELON L'ÂGE, CANADA, 1951 À 1991

	GROUPE D'ÂGE			
Année	55 à 64 ans	65 à 74 ans	75 à 84 ans	85 ans et plus
1951	107,1	107,9	96,6	76,3
1956	103,7	103,7	96,5	76,6
1961	103,1	96,1	93,3	76,9
1966	101,0	89,8	85,1	72,2
1971	97,3	87,1	74,2	65,9
1976	93,1	86,0	67,8	57,2
1981	91,3	83,4	66,5	48,9
1986	93,3	81,1	65,8	43,6
1991	96,8	81,7	65,6	43,8

Sources : Recensements du Canada de 1951 à 1991.

FIGURE 1.1A TAUX DE CROISSANCE ANNUALISÉS DE LA POPULATION FÉMININE, SELON L'ÂGE, CANADA, 1951 À 1991

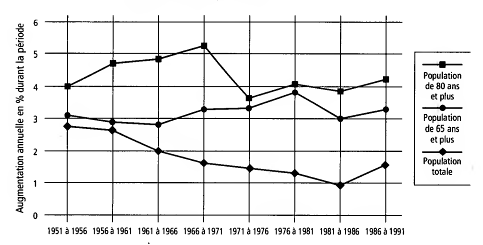
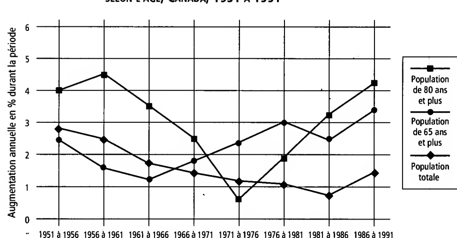


FIGURE 1.1B TAUX DE CROISSANCE ANNUALISÉS DE LA POPULATION MASCULINE, SELON L'ÂGE, CANADA, 1951 À 1991



Sources : Recensements du Canada de 1951 à 1991.

âgées (tableau 1.2). Bien que les changements récents survenus à la fois dans l'espérance de vie (figure 1.2) et dans la taille des cohortes de moins de 65 ans semblent indiquer une certaine augmentation de la prédominance des femmes à un âge plus avancé, la réduction du rapport hommes-femmes sera faible et la prépondérance des femmes parmi les vieillards devrait persister (Stone et Fletcher, 1986).

La différence que l'on observe au Canada dans le profil de vieillissement des deux sexes est un thème qui revient souvent dans la présente monographie et dans les travaux d'autres auteurs qui en ont examiné les conséquences politiques (Aronson, 1994; Connidis, 1994; Gee et McDaniel, 1994; Rosenthal et Gladstone, 1994). Ainsi, la prédominance des femmes âgées souffrant de problèmes de santé, leur concentration dans les établissements, leur rôle et celui de leurs filles et de leurs brus comme dispensatrices de soins, ainsi que la pauvreté constante parmi les femmes âgées sont toutes des questions qui découlent de ces tendances démographiques fondamentales.

1.1.2 Le taux de vieillissement de la population

La mesure de base du vieillissement de la population est la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus. Une mesure secondaire est la proportion des personnes âgées de 80 ans et plus, mesure qui fournit une indication de l'exposition des personnes âgées à une série de conditions et de situations plus graves (tableau 1.1).

Comme le taux de vieillissement de la population évolue, il est utile d'en définir une mesure. Pour les personnes âgées de 65 ans et plus (ou pour tout autre groupe d'âge particulier), la proportion d'hommes dans un groupe d'âge à une période donnée, comparativement à une autre période, peut être calculée comme suit :

$$C^{(t)}_{h,k} = \frac{P^{(t)}_{h,k}}{P^{(t-1)}_{h,k}}$$

où

C = rapport;
$P^{(t)}_{h,k}$ = proportion d'hommes dans le groupe d'âge k à la période t;
$t - 1$ = période antérieure.

Pour les hommes et les femmes de 65 ans et plus, le taux maximal de vieillissement a été observé entre 1971 et 1976, et il s'est de nouveau maintenu près de ce sommet entre 1986 et 1991 (figure 1.3). En ce qui concerne les 80 ans et plus, les taux de vieillissement ont augmenté chez les femmes entre 1951 et 1966, alors qu'ils ont diminué chez les hommes. Après 1971, par contre, les taux ont commencé à se rapprocher et ils se sont maintenus très près l'un de l'autre — à environ 15 % — durant la période de 1986 à 1991. La figure 1.3 indique les ratios pour les hommes âgés de 65 et plus ($C^{(t)}_{h,65+}$), les femmes de 65 ans et plus ($C^{(t)}_{f,65+}$), les hommes de 80 ans et plus ($C^{(t)}_{h,80+}$) et les femmes de 80 ans et plus ($C^{(t)}_{f,80+}$), pour des périodes de cinq ans s'échelonnant de 1951 à 1991.

FIGURE 1.2A VARIATION DANS L'ESPÉRANCE DE VIE DES FEMMES, SELON L'ÂGE ET LA PÉRIODE, 1921 À 1991

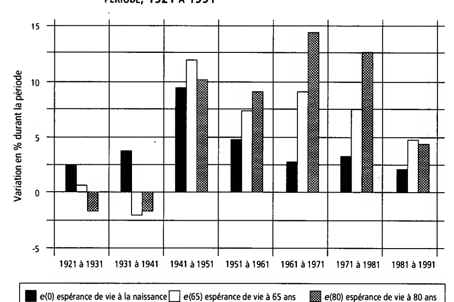
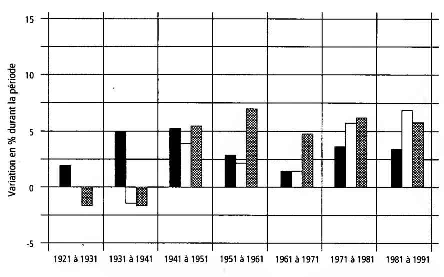


FIGURE 1.2B VARIATION DANS L'ESPÉRANCE DE VIE DES HOMMES, SELON L'ÂGE ET LA PÉRIODE, 1921 À 1991



Source : Nagnur, 1986a.

Il ne faudrait toutefois pas mal interpréter cette convergence des taux de vieillissement de la population. Comme ceux-ci sont bien supérieurs à l'unité, le nombre de personnes âgées continuera d'augmenter à mesure que les enfants du «baby-boom» — ceux nés entre la fin de la Seconde Guerre mondiale et le début des années 60 — atteindront l'âge de 65 ans et les rapports hommes-femmes parmi les personnes âgées continueront de pencher fortement en faveur des femmes âgées.

1.2 LES CAUSES DU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

Le vieillissement de la population représente ce qui se produit dans la composition de la population de tous les âges, et non pas seulement parmi les personnes âgées. Le vieillissement reflète en effet les fluctuations de la fécondité, de la mortalité et de la migration à tous les âges, et l'importance relative de ces trois phénomènes est elle-même fonction de l'échelle à laquelle s'effectue l'analyse. À l'échelle nationale et provinciale, par exemple, ce sont les fluctuations du taux de fécondité qui contribuent le plus à l'augmentation de la proportion des personnes âgées (Desjardins, 1993; George, Romaniuc et Nault, 1990; Stone et Fletcher, 1986). Dans les régions urbaines et les municipalités, par contre, la migration a tendance à dominer les autres effets (McCarthy, 1983; Rosenberg, Moore et Ball, 1989).

1.2.1 La fécondité

La baisse de la fécondité observée depuis la fin de l'explosion démographique est un phénomène bien documenté (Wright et Maxim, 1987). En termes relatifs, cette baisse signifie que, à mesure que la proportion des moins de 15 ans diminue, celle des autres groupes d'âge augmente. Les composantes du rapport de dépendance permettent d'obtenir l'une des meilleures illustrations de l'impact de la fécondité sur les proportions relatives des différents groupes d'âge (Foot, 1982).

Le rapport de dépendance (*RD*) global mesure la taille relative des populations *dépendantes* de jeunes et de personnes âgées par rapport à la population active :

$$RD = \frac{P_{0-14} + P_{65+}}{P_{15-64}} \times 100$$

Le *RD* peut être décomposé en deux composantes :

$$RDJ = \frac{P_{0-14}}{P_{15-64}} \times 100$$

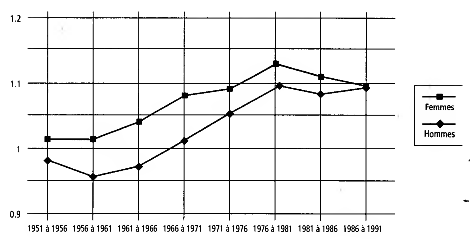
et

$$RDPA = \frac{P_{65+}}{P_{15-64}} \times 100$$

où

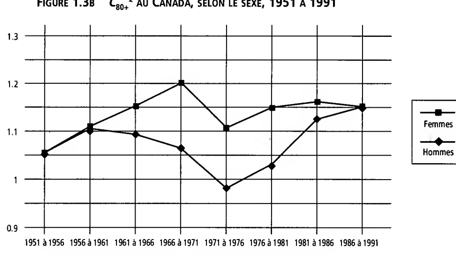
RDJ = composante du rapport de dépendance formée des jeunes;
RDPA = composante du rapport de dépendance formée des personnes âgées.

FIGURE 1.3A C_{65+}[1] AU CANADA, SELON LE SEXE, 1951 À 1991



1. C_{65+} = (% des personnes âgées de 65 ans et plus à la période (t + 5)) / (% des personnes âgées de 65 ans et plus à la période (t)).

FIGURE 1.3B C_{80+}[2] AU CANADA, SELON LE SEXE, 1951 À 1991



2. C_{80+} = (% des personnes âgées de 80 ans et plus à la période (t + 5)) / (% des personnes âgées de 80 ans et plus à la période (t)).

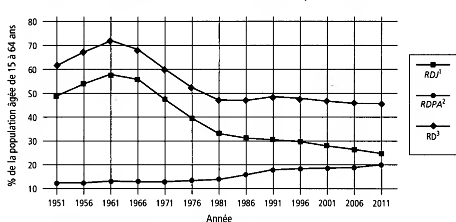
Sources : Recensements du Canada de 1951 à 1991.

De 1951 à 1976, le *RD* a été dominé par la fluctuation de la composante *RDJ* (figure 1.4). La hausse de la fécondité observée entre 1951 et 1961 a d'abord donné lieu à une augmentation de la composante *RDJ*; par la suite, le ralentissement de l'explosion démographique a occasionné une hausse relative de la population d'âge actif par rapport aux composantes *RDJ* et *RDPA*. Depuis 1976, sous l'effet de la baisse continue des taux de fécondité combinée à la maturité de la population d'âge actif, la composante *RDPA* se rapproche graduellement de la composante *RDJ*, qui diminue. La composante *RDPA* égalera la composante *RDJ* au début du XXIe siècle, puis la dépassera (Beaujot, 1991).

Les rapports de dépendance utilisés sous cette forme ne servent en fait qu'à indiquer l'importance relative des personnes âgées et des jeunes dans l'évolution de la structure de la population. Mais que nous disent-ils sur le concept de dépendance ? Comme Foot (1989) l'a fait remarquer, le concept de dépendance ne pourra être défini avec précision que lorsque certaines mesures pourront être améliorées, en particulier la vraisemblance pour différents groupes d'âge d'être occupés et les différents coûts des programmes sociaux (éducation, prestations d'assurance-chômage, soins de santé et prestations de la Sécurité de la vieillesse) associés à certains âges.

Ce n'est que récemment que la hausse relative du nombre de personnes âgées est apparue au Canada comme un problème susceptible de créer des conflits quant à l'équité entre les générations (Gee et McDaniel, 1994). Sous certains aspects, cette question peut être considérée comme un problème de comptabilité. En effet, les ressources limitées de la société sont réparties entre différents segments de la population dans des proportions variables et tout résultat net suppose un transfert de ressources d'un segment à un autre. Exprimés simplement,

FIGURE 1.4 COMPOSANTES DU RAPPORT DE DÉPENDANCE, 1951 À 2011



1. *RDJ* = (Population âgée de 0 à 14 ans / population âgée de 15 à 64 ans) × 100.
2. *RDPA* = (Population âgée de 65 ans et plus / population âgée de 15 à 64 ans) × 100.
3. RD = *RDJ* + *RDPA*.

Sources : Recensements du Canada de 1951 à 1991; Deuxième série de projections démographiques, 1996-2011.

ces transferts sont parfois perçus comme un compromis entre, d'une part, l'éducation offerte aux jeunes et, d'autre part, les soins de santé et les programmes de sécurité sociale destinés aux personnes âgées. Selon d'autres arguments plus poussés, l'investissement en capital humain auprès des jeunes va bien au-delà de l'éducation[4]. Les enfants par exemple, en particulier les enfants défavorisés, profitent des dépenses consacrées aux soins de santé ainsi que des programmes visant à améliorer leur bien-être social et émotif. À l'autre extrémité du spectre de l'âge se pose la question du soutien des personnes âgées en perte d'autonomie. De quels types de soutien ont besoin ces personnes et qui devrait le leur offrir? Comme Menken (1985) l'a si bien démontré, lorsqu'un tel soutien repose essentiellement sur la famille, la prolongation de l'espérance de vie a pour effet de créer davantage de pressions sur les dispensateurs de soins qui doivent souvent soutenir à la fois des enfants et des parents.

Certains craignent que, à mesure que la composante *RDPA* augmentera par rapport à la composante *RDJ*, la population vieillissante exerce des pressions croissantes sur la population d'âge actif afin de répondre à ses besoins, et que cela fasse pencher la balance de l'équité intergénérationnelle en faveur des Canadiens âgés. Ceux qui s'inquiètent de l'augmentation de la pauvreté chez les enfants au Canada (p. ex. Dooley, 1994) allégueront que le pouvoir politique des personnes âgées de plus en plus nombreuses a déjà eu pour effet de réduire la pauvreté parmi les aînés, au détriment des enfants. Un autre argument concerne la hausse des coûts des soins de santé, ainsi que la part de cet accroissement qui serait imputable à la population vieillissante. Cependant, comme McDaniel (1987) et Gee et McDaniel (1994) le font remarquer, une telle perception est trompeuse et les solutions proposées risquent de faire naître leurs propres problèmes sur le plan de la politique sociale (voir le chapitre 6).

1.2.2 La mortalité

Le siècle qui s'achève a été caractérisé par une amélioration constante de l'espérance de vie (Nagnur, 1986a, 1986b) qui, durant la première moitié du siècle, a été due principalement à la réduction de la mortalité infantile et des décès causés par maladies infectieuses.

Bien que l'espérance de vie à la naissance ($e(0)$) n'ait cessé d'augmenter (tableau 1.3 et figure 1.2), les gains réalisés à un âge plus avancé ($e(65)$ et $e(80)$) sont de plus en plus importants (voir aussi Stone, 1986). Cela concerne plus particulièrement les femmes, dont l'espérance de vie à la naissance a augmenté de 33 %; celle des femmes de 65 ans et plus et celle des femmes de 80 ans et plus ont connu des hausses respectives de 46 % et 57 % depuis 1921. Ce n'est que durant la période la plus récente à l'étude, soit de 1986 à 1991, que l'espérance de vie des hommes, en particulier de ceux âgés de 65 ans et plus, a commencé à s'accroître plus rapidement que celle des femmes. On s'attend toutefois à ce que l'espérance de vie des femmes demeure supérieure à celle des hommes dans un avenir prévisible, et ce autant dans l'ensemble de la population que parmi les personnes âgées.

TABLEAU 1.3 ESPÉRANCE DE VIE, SELON L'ÂGE ET LE SEXE, 1921 À 1991

	FEMMES			HOMMES		
	Espérance de vie à la naissance	Espérance de vie à 65 ans	Espérance de vie à 80 ans	Espérance de vie à la naissance	Espérance de vie à 65 ans	Espérance de vie à 80 ans
Année	e(0)	e(65)	e(80)	e(0)	e(65)	e(80)
1921	60,6	13,6	6,0	58,8	13,0	5,7
1931	62,1	13,7	5,9	60,0	13,0	5,6
1941	64,6	13,4	5,8	63,0	12,8	5,5
1951	70,9	15,0	6,4	66,4	13,3	5,8
1961	74,3	16,1	7,0	68,4	13,6	6,2
1971	76,5	17,6	8,0	69,4	13,8	6,5
1981	79,1	18,9	9,0	71,9	14,6	6,9
1991	80,8	19,8	9,4	74,3	15,6	7,3

Source : Nagnur, 1986a.

À plus long terme, l'écart entre les hommes et les femmes ne diminuera que s'il y a modification des profils sous-jacents des causes de décès. Selon l'hypothèse formulée par la plupart des analystes, nous en sommes à la troisième phase de la transition épidémiologique (Omran, 1971), celle où les maladies associées à des affections chroniques ont remplacé les maladies infectieuses et les parasitoses comme principale cause de décès. (Bien que nous ne mettions pas en doute cette hypothèse de base, certaines tendances inquiétantes se dessinent, notamment l'augmentation des souches de bactéries antibio-résistantes.)

Parmi les maladies chroniques, les cardiopathies ischémiques — dont la prévalence est beaucoup plus élevée chez les hommes que chez les femmes — constituent la principale cause de décès. Cette relation est en outre fortement liée à la classe sociale, les cols bleus étant particulièrement prédisposés à cette maladie (Nathanson et Lopez, 1987). Les réductions futures de l'écart entre la mortalité des hommes et celle des femmes dépendront de la modification des comportements sous-jacents qui contribuent à cette différence dans la prédisposition aux maladies comme les cardiopathies ischémiques. Nous ignorons à l'heure actuelle quels changements sont plus susceptibles de se produire; il y a toutefois lieu de s'inquiéter du taux croissant de cancer du poumon chez les Canadiennes.

George et ses collaborateurs (1990) ont tenté d'estimer l'importance relative de la fluctuation de la mortalité et de la fécondité sur l'accroissement de la proportion des personnes de 65 ans et plus. Ils en sont venus aux conclusions suivantes : durant la période de 1961 à 1986, c'est la baisse de la fécondité qui a surtout influé sur le vieillissement, les améliorations relatives à la mortalité ne représentant que 39 % des effets dus à la fécondité. Cependant, durant les 25 années qui suivront 1986, c'est la mortalité, plus que la fécondité, qui aura un effet déterminant sur la modification de la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus. Cette dernière conclusion fait ressortir l'importance de mieux comprendre les facteurs déterminants des différences dans les taux de mortalité.

1.2.3 L'immigration

Au cours du siècle, l'immigration a contribué à divers degrés à la croissance démographique; en termes absolus et relatifs, toutefois, les sommets de 300 000 à 400 000 immigrants par année atteints entre 1911 et 1913 n'ont jamais été dépassés; durant cette période, les immigrants ont représenté chaque année plus de 2,5 % de la population totale.

Au cours des dernières années, l'immigration a de nouveau gagné en importance; le nombre d'immigrants est en effet passé d'un creux de 84 000 en 1985 à 249 000 en 1993, ce dernier chiffre représentant un peu moins de 1 % de la population totale. Les dernières estimations indiquent une diminution de l'immigration en 1994 et 1995, le nombre d'immigrants s'établissant à environ 200 000 en 1995 en regard d'une population totale de près de 30 millions.

La migration vers un autre pays occasionne souvent des coûts sociaux et économiques appréciables, mais ces coûts sont nettement compensés par les gains à long terme. Lorsqu'une telle migration est envisagée sous l'angle d'un investissement dans le capital humain (Todaro, 1969), il y a lieu de s'attendre à ce qu'elle survienne à un plus jeune âge, au moment où les répercussions sur les gains viagers sont maximales. Les immigrants ont en effet tendance à être beaucoup plus jeunes que la population résidente et la majeure partie appartient à la catégorie des jeunes adultes (20 à 39 ans). Les immigrants contribuent donc au ralentissement du vieillissement de la population, à la fois directement par leur propre répartition selon l'âge (tableau 1.4) et indirectement par la naissance de leurs enfants après leur arrivée. La figure 1.5, qui indique que la plus faible proportion de personnes âgées de 65 ans et plus se trouve chez les immigrants, fait clairement ressortir les effets directs de l'immigration.

Cependant, le détail de la composition de la population immigrante selon l'âge est également tributaire des politiques qui définissent les critères d'admission. Au Canada, par exemple, les politiques de réunification des familles ont joué un rôle déterminant. L'importance accrue qui a été accordée à la réunification des familles après 1978 a engendré une hausse considérable de la proportion des personnes âgées parmi les immigrants, en particulier de celle des femmes (Boyd, 1989), une tendance qui s'est poursuivie jusqu'au début des années 80.

Par la suite, la révision en profondeur des politiques d'immigration a eu pour effet non seulement d'accroître le nombre d'immigrants durant la dernière partie de cette décennie, mais également de décupler, de 1985 à 1988, le nombre d'immigrants indépendants ou d'immigrants de la composante à caractère économique[5] (Stafford, 1992), lesquels ont abaissé la proportion d'immigrants âgés (tableau 1.4). En dépit des différences marquées entre les profils d'âge des immigrants et ceux de la population, l'impact global de l'immigration sur le vieillissement de la population est beaucoup moindre que celui imputable à la fluctuation de la fécondité et de la mortalité dans l'ensemble de la population. Qui plus est, comme les immigrants vieillissent, évidemment, eux aussi, l'immigration a très peu d'effet sur la structure par âge à long terme de la population (Mitra, 1992).

TABLEAU 1.4 COMPOSITION DE LA POPULATION IMMIGRANTE ET NON IMMIGRANTE, SELON L'ÂGE ET LE SEXE, 1981 À 1991

		FEMMES			HOMMES		
		Pourcentage des 5 à 14 ans	Pourcentage des 65 ans et plus	Pourcentage des 75 ans et plus	Pourcentage des 5 à 14 ans	Pourcentage des 65 ans et plus	Pourcentage des 75 ans et plus
Population non immigrante au cours des cinq dernières années	1981	16,0	11,1	4,0	17,2	8,7	2,8
	1986	14,8	12,2	4,4	16,1	9,5	3,0
	1991	14,5	13,5	5,3	15,8	10,6	3,6
Immigrants au Canada au cours des cinq dernières années	1981	15,9	6,5	2,0	17,8	4,7	1,0
	1986	13,5	7,0	1,8	13,7	5,3	1,6
	1991	15,4	4,9	1,5	17,3	3,7	1,0

Sources : Fichiers de microdonnées à grande diffusion du Recensement du Canada, 1981 à 1991.

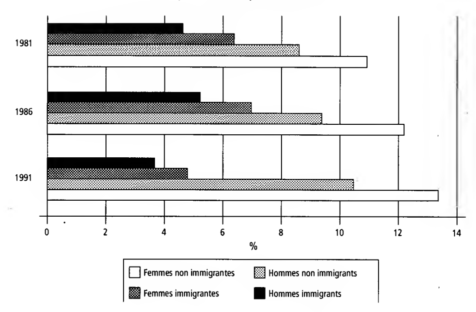
D'un point de vue politique, les gouvernements fédéral et provinciaux pourraient être tentés, pour diverses raisons, de fausser les tendances en matière de fécondité, de mortalité et d'immigration; il faudrait cependant des changements sans précédent dans l'une ou l'ensemble de ces tendances pour modifier l'augmentation de la population des personnes âgées au Canada au cours des 25 prochaines années. Gee et McDaniel (1994)[6], par exemple, estiment qu'il faudrait une immigration de l'ordre de 600 000 par année pour modifier de façon significative la structure par âge de la population canadienne. Or un tel nombre d'immigrants équivaudrait au triple du nombre actuel et au double des sommets atteints au début du siècle.

1.3 LA GÉOGRAPHIE DU VIEILLISSEMENT

Dans l'ensemble du pays, la répartition et le taux de croissance de la population âgée affichent une diversité géographique aussi grande que celle qui existe dans la topographie ou le climat. Ces différences dans la répartition et les taux de croissance de la population âgée résultent principalement des disparités régionales en matière de possibilités économiques, lesquelles engendrent des courants migratoires fortement sélectifs selon l'âge (Shaw, 1985).

La migration nette désigne l'effet net de la migration sur les plus jeunes et les plus âgés: Si le taux d'immigration net est plus élevé chez les plus âgés que chez les plus jeunes (ou si le taux net de migration de sortie est moins élevé), il y aura alors vieillissement de la population, ou vice versa. Les jeunes sont beaucoup plus enclins à migrer que les personnes âgées (figure 2.3). Par conséquent, une forte migration de sortie augmente en général le taux de vieillissement alors qu'une forte migration d'entrée produit l'effet contraire. Il existe également un effet secondaire qui a peu retenu l'attention; il s'agit de l'impact sur la fécondité des décisions relatives à la migration (Moore, 1993). Souvent, les jeunes femmes qui

FIGURE 1.5 POURCENTAGE DES IMMIGRANTS ET DES NON-IMMIGRANTS ÂGÉS DE 65 ANS ET PLUS, SELON LE SEXE, 1981 À 1991



Sources : Fichiers de microdonnées à grande diffusion du Recensement du Canada, 1981 à 1991.

décident de quitter une région rurale ou une petite ville pour poursuivre des études postsecondaires ou pour se joindre à la population active ailleurs décident du même coup de reporter de nombreuses années le mariage et la maternité. Sur le plan spatial, ce phénomène se traduit par une fécondité plus élevée en milieux ruraux qui contribue à y réduire le taux de vieillissement, bien que cette réduction soit neutralisée par l'effet de migration beaucoup plus marqué.

Dans la section qui suit, nous examinons les différences dans le vieillissement de la population qui existent entre les provinces, ainsi qu'entre les régions rurales et urbaines. Une analyse plus détaillée des variations régionales et locales du vieillissement est présentée au chapitre 3.

1.3.1 Les provinces

La proportion des personnes âgées de 65 ans et plus varie considérablement selon la province et le territoire (figure 1.6). Dans les Territoires du Nord-Ouest (2,7 %) et le Yukon (3,9 %), par exemple, les personnes âgées de 65 ans et plus formaient des proportions relativement faibles de la population en 1991. Pour ce qui est des provinces, 7,9 % de la population masculine de l'Alberta était âgée de 65 ans et plus en 1991, alors que la Saskatchewan se situait à l'autre extrémité du spectre,

FIGURE 1.6A POURCENTAGE DES PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS, SELON LE SEXE ET SELON LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE, 1991

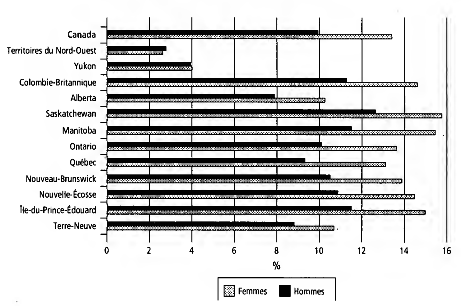
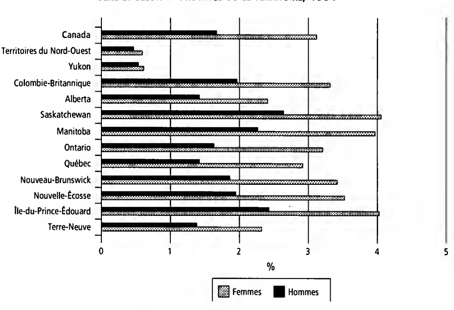


FIGURE 1.6B POURCENTAGE DES PERSONNES ÂGÉES DE 80 ANS ET PLUS, SELON LE SEXE ET SELON LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE, 1991



Source : Recensement du Canada de 1991.

avec 12,6 %. Dans chaque province, la proportion des femmes âgées de 65 ans et plus était plus élevée, l'Alberta et la Saskatchewan se situant là encore aux extrémités de l'échelle de la répartition, avec des proportions respectives de 10,3 % et 15,7 %. Dans les territoires, l'écart entre les hommes et les femmes âgés était plus faible que dans le sud du pays, mais les proportions y étaient également beaucoup plus faibles que dans le reste du pays.

Ces différences ont tendance à refléter les profils à long terme de la migration basée sur l'âge, qui se caractérise par l'abandon des régions rurales et des régions d'exploitation des ressources naturelles des provinces de l'Atlantique et des Prairies au profit des régions urbaines plus prospères du centre et de l'ouest du Canada. Durant les années 70, la forte immigration de jeunes en Alberta s'est traduite par une faible proportion de personnes âgées et un faible taux d'accroissement de ce segment de la population durant cette décennie (figure 1.7). Durant les années 80, par contre, nous avons observé une convergence graduelle des proportions interprovinciales. Les taux de vieillissement les plus élevés ont eu tendance à se manifester dans les provinces où les proportions des 65 ans et plus étaient les plus faibles (Québec, Terre-Neuve et Alberta), ce qui témoigne de l'importance du vieillissement des plus importantes cohortes formées des personnes de 55 à 64 ans en 1981, qui ont atteint l'âge de 65 ans durant la décennie de 1981 à 1991.

La migration interprovinciale produit un effet complexe sur le taux de vieillissement dans les provinces. Comme nous l'avons indiqué précédemment, des mouvements continus ont été observés parmi la population d'âge actif qui quittait les régions rurales et les régions d'exploitation de ressources pour les centres urbains en plein essor du centre et de l'ouest du Canada. Cependant, ces mêmes migrants finissent parfois par revenir dans la région où ils ont grandi. Ce phénomène de la migration de retour, qui a fait l'objet de quelques études (Newbold et Liaw, 1990), est plus susceptible de se produire chez les personnes âgées, et plus particulièrement dans les provinces qui ont connu une forte migration de sortie de leur population d'âge actif.

À ces mouvements de migration de retour s'ajoutent ceux des personnes à la retraite, attirées par les agréments — en particulier le climat et la beauté du paysage — qu'offrent certaines régions. La Colombie-Britannique, l'Ontario et l'Île-du-Prince-Édouard sont les lieux de prédilection à cet égard. Il s'ensuit que l'effet de la migration sur le vieillissement varie d'une région à l'autre du pays, les provinces de l'Atlantique et la Colombie-Britannique étant les provinces où l'on observe les gains relatifs les plus élevés dans la proportion des personnes âgées arrivées dans la foulée de ces mouvements (tableau 1.5). Le Québec est le seul exemple important où l'on trouve une proportion constamment plus élevée de personnes âgées chez les émigrants que chez les immigrants; ce phénomène vient atténuer le taux de vieillissement qui est actuellement le plus élevé de toutes les provinces (tableau 1.6).

Outre la migration, l'autre phénomène qui influe sur le vieillissement de la population est le vieillissement chez soi[7], soit l'effet *net* de l'ensemble des naissances et des décès sur un groupe d'âge durant une période donnée. L'ensemble des naissances dans un groupe d'âge donné représente les personnes qui accè-

FIGURE 1.7A VALEURS DE C_{65+} POUR LES HOMMES, SELON LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE, 1971 À 1991

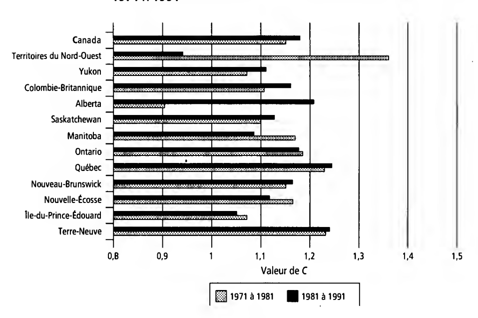
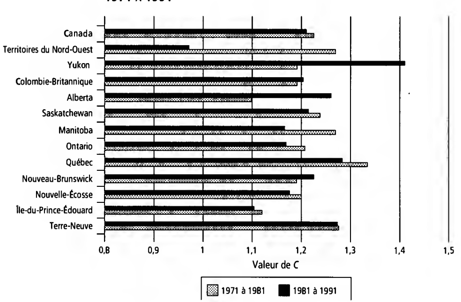


FIGURE 1.7B VALEURS DE C_{65+} POUR LES FEMMES, SELON LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE, 1971 À 1991



Sources : Recensements du Canada de 1971 à 1991.

TABLEAU 1.5 EFFETS DE LA MIGRATION INTERPROVINCIALE SUR LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION, 1976 À 1991

		Femmes	Hommes
Terre-Neuve	1976-1981	–	–
	1981-1986	+	0
	1986-1991	+	0
Île-du-Prince-Édouard	1976-1981	s.o.	s.o.
	1981-1986	+	+ +
	1986-1991	0	+ +
Nouvelle-Écosse	1976-1981	0	+ +
	1981-1986	0	+
	1986-1991	–	+
Nouveau-Brunswick	1976-1981	+ +	+
	1981-1986	+	+ +
	1986-1991	+	+
Québec	1976-1981	– –	– –
	1981-1986	– –	– –
	1986-1991	– –	– –
Ontario	1976-1981	+ +	+
	1981-1986	+	–
	1986-1991	– –	–
Manitoba	1976-1981	–	+
	1981-1986	–	– –
	1986-1991	+	–
Saskatchewan	1976-1981	–	–
	1981-1986	–	– –
	1986-1991	+ +	+
Alberta	1976-1981	–	– –
	1981-1986	0	0
	1986-1991	+	0
Colombie-Britannique	1976-1981	0	+ +
	1981-1986	+ +	+ +
	1986-1991	+	+
Yukon et Territoires du Nord-Ouest	1976-1981	+	0
	1981-1986	– –	–
	1986-1991	0	+

++ écart > 2 % entre les migrants d'entrée et les migrants de sortie dans la proportion âgée de 65 ans et plus
\+ écart de 0,5 % à 2,0 %
0 écart de – 0,5 % à 0,5 %
– écart de – 0,5 % à – 2,0%
– – écart > – 2,0%

dent à ce groupe d'âge depuis le groupe d'âge précédent; l'ensemble des décès se rapporte aux décès véritables qui surviennent dans ce groupe d'âge auxquels s'ajoutent les personnes ayant accédé au groupe d'âge suivant.

Dans notre analyse, α désigne le taux de vieillissement imputable au vieillissement chez soi et η, le taux de vieillissement attribuable à la migration nette, de sorte que

$$C_{65} = 1 + \alpha + \eta$$

où

$V = 100\ \alpha$;
$N = 100\ \eta$;
V est la hausse (en pourcentage) du vieillissement, due au vieillissement chez soi;
N est la hausse (en pourcentage) du vieillissement, due à la migration nette.

Le tableau 1.6 présente les valeurs de C, V et N par province, pour la période de 1986 à 1991. Dans toutes les provinces à l'exception de l'Île-du-Prince-Édouard et de la Saskatchewan, le vieillissement chez soi a été un facteur nettement plus

TABLEAU 1.6 VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION DÛ À LA MIGRATION NETTE ET AU VIEILLISSEMENT CHEZ SOI

Province	Rapport entre la proportion des 65 ans et plus en 1991 et la proportion des 65 ans et plus en 1986 C(65)	Rapport entre la proportion des 65 ans et plus parmi la population des survivants en 1991 et la proportion des 65 ans et plus en 1986 CS(65)	Augmentation en pourcentage du vieillissement de la population dû au vieillissement chez soi V(65)	Augmentation en pourcentage du vieillissement de la population dû à la migration nette N(65)
Terre-Neuve	1,1	1,07	6,74	3,55
Île-du-Prince-Édouard	1,04	1,01	1,21	2,96
Nouvelle-Écosse	1,06	1,04	4,44	1,51
Nouveau-Brunswick	1,1	1,07	7,31	2,48
Québec	1,13	1,14	13,76	– 1,09
Ontario	1,09	1,12	12,07	– 3,53
Manitoba	1,07	1,06	6,11	0,63
Saskatchewan	1,11	1,05	4,73	6,47
Alberta	1,12	1,1	9,98	2,43
Colombie-Britannique	1,07	1,11	10,66	– 4,05
Yukon et Territoires du Nord-Ouest	1,01	1,07	7,04	– 6,12
Canada	**1,1**	**1,11**	**10,86**	**– 1,33**

Sources : Recensements du Canada de 1986 et de 1991.

important dans le vieillissement de la population que la migration nette. Dans les provinces de l'Atlantique et des Prairies, les valeurs positives obtenues pour la migration nette s'expliquent par une migration de sortie beaucoup plus forte dans les cohortes de jeunes d'âge actif que dans celles de la population vieillissante. À l'opposé, la valeur négative au Québec est le résultat d'une migration de sortie plus grande chez les personnes du troisième âge que dans la population d'âge actif. Enfin, les valeurs négatives obtenues pour l'Ontario et la Colombie-Britannique témoignent de l'attrait qu'exercent ces provinces auprès des immigrants d'âge actif par comparaison aux immigrants âgés, bien que la Colombie-Britannique soit également une destination de choix pour les retraités.

Même à l'échelle provinciale, ces tendances laissent supposer une énorme variation géographique dans le nombre de personnes âgées et les causes sous-jacentes de son augmentation. L'importance du vieillissement chez soi tient au fait que la répartition spatiale des personnes aujourd'hui âgées de 55 ans et plus nous indique, dans une grande mesure, où se trouveront les 65 ans et plus dans 10 ans. En conséquence, l'accroissement ou la diminution de la taille relative de la population âgée dépend des effets de la migration nette de la population d'âge actif et de celle des personnes âgées.

1.3.2 Les contrastes entre régions urbaines et rurales

Au cours des 150 dernières années, la migration des régions rurales vers les régions urbaines a été un facteur de changement important dans la répartition de la population au Canada (Shaw, 1985). Ces mouvements ont été fortement sélectifs selon l'âge et laissent supposer que la population âgée et moins mobile a tendance à se rassembler et, partant, à accroître le taux de vieillissement dans les régions où la migration de sortie est élevée, tandis que la population a tendance à rester plus jeune dans les régions où la migration d'entrée est importante.

Le tissu urbain lui-même varie considérablement selon la taille de l'agglomération. À une extrémité du spectre se trouvent les régions métropolitaines de Toronto, Montréal et Vancouver qui, ensemble, réunissaient 38 % de la population du Canada en 1991; à l'autre extrémité, nous retrouvons les milliers de villages et de petites villes — centres de services et de commerces de détail dans des paysages essentiellement ruraux.

La migration ne produit pas le même effet sur le vieillissement dans les régions rurales que dans les grandes villes. Les milieux ruraux sont des endroits où il est difficile pour une personne âgée de vivre seule de façon autonome (Grant et Rice, 1983). Les femmes ayant une plus grande espérance de vie, il est raisonnable de présumer que les femmes âgées veuves, divorcées ou célibataires sont plus susceptibles de vivre dans les petits centres où elles auront plus facilement accès aux services et au soutien social qu'en régions rurales.

La structure de la migration entre des régions urbaines de taille différente laisse également supposer que les mouvements de migration d'entrée les plus marqués se font en faveur des plus grosses villes et qu'ils diminuent proportionnellement à la taille du milieu urbain (Shaw, 1985), de sorte que le taux de vieillissement

pourrait être plus lent dans les grandes villes. Même parmi les collectivités rurales et les petites collectivités urbaines, celles situées à proximité des grands centres et de leur vaste éventail de services présenteront probablement un attrait plus grand pour les personnes âgées que les régions plus éloignées.

Cette migration sélective selon l'âge se traduit par des effets manifestes sur le taux de vieillissement et la répartition par sexe, selon la taille du lieu (figures 1.8 et 1.9). Les petits centres — ceux qui comptent entre 1 000 et 10 000 habitants — ont les taux de vieillissement les plus élevés. Ces taux diminuent de façon soutenue à mesure que la taille de l'endroit augmente. Les régions rurales ont en général une population plus jeune que les villages et les villes situés à proximité, bien que leur population ne soit pas aussi jeune que celle des grandes villes de plus de 100 000 habitants.

Les contrastes entre les sexes sont tout aussi marqués. Comme les femmes célibataires âgées sont moins susceptibles de vivre en régions rurales qu'en milieux urbains, on remarque un net contraste entre les régions rurales et les villes et les villages quant à la proportion d'hommes par rapport aux femmes. Ainsi, on note en général une diminution du nombre d'hommes pour 100 femmes à mesure que la taille de l'endroit augmente (figure 1.9), ce qui indique que l'accroissement de la demande de services de la part des femmes âgées est particulièrement élevé dans les régions urbaines, et surtout dans les grandes régions métropolitaines. Cet accroissement est fonction de la concentration de la population dans les grandes villes et des ratios indiqués.

Les différences géographiques et celles liées à l'âge qui existent dans la migration sélective créent également une disparité entre, d'une part, les lieux où il y a concentration de personnes âgées et, d'autre part, ceux où vivent leurs filles, leurs fils et les autres membres de leur famille. L'absence de réseaux de soutien familial à proximité ne fait que rendre plus difficile la prestation de soins à domicile et de soins informels et qu'accroître davantage la demande de services officiels de la part des personnes âgées.

1.4 LES PERSONNES ÂGÉES DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

À mesure qu'une personne vieillit, sa capacité de vivre de façon autonome — que ce soit dans une grande ville, une petite ville ou une région rurale — diminue, et, souvent, elle doit aller vivre dans un établissement qui lui offrira un éventail de services de santé et de soutien social. La vraisemblance qu'un tel transfert — de la vie en collectivité à la vie en établissement — se produise est fonction non seulement de l'état de santé de la personne, mais également de la disponibilité des services de soutien social dans la collectivité, en particulier de ceux offerts par des membres de la famille. La propension à vivre en établissement est un des facteurs les plus fortement tributaires de l'âge, autant chez les hommes que chez les femmes, bien que le taux augmente sensiblement chez les femmes de 75 ans et plus (figure 1.10). Il est à noter également que la vraisemblance du veuvage est beaucoup plus élevée chez les femmes (Ram, 1990).

Figure 1.8a Pourcentage des hommes de 65 ans et plus, selon la taille de la collectivité, 1971 à 1991

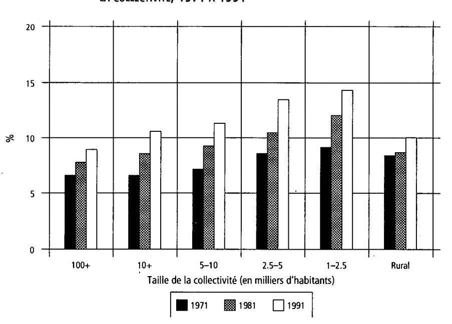
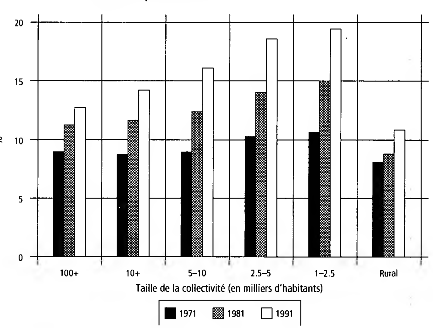
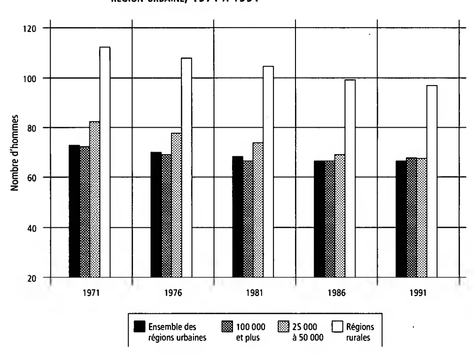


Figure 1.8b Pourcentage des femmes de 65 ans et plus, selon la taille de la collectivité, 1971 à 1991



Sources : Recensements du Canada de 1971 à 1991.

FIGURE 1.9 NOMBRE D'HOMMES POUR 100 FEMMES, SELON LA TAILLE DE LA RÉGION URBAINE, 1971 À 1991



Sources : Recensements du Canada de 1971 à 1991.

Bien que les probabilités par âge aient peu varié entre 1986 et 1991, les mouvements entre les populations hors établissements et en établissements ont été importants. Des études récentes menées aux États-Unis dans le cadre de la Longitudinal Study of Aging[8] montrent que ces mouvements sont loin d'être à sens unique. Ainsi, jusqu'à 30 % des personnes vivant en établissement — en particulier les personnes dont la capacité fonctionnelle n'est pas fortement limitée — peuvent retourner vivre dans leur collectivité dans les deux ans suivant leur placement (Crimmins et Saito, 1990). Même si nous ne possédons malheureusement pas de données comparables pour le Canada, nous devons être conscients que de tels mouvements existent ici aussi et qu'ils ont des répercussions sur la prestation des services locaux. Seulement, nous n'en connaissons pas l'ampleur.

Nous pouvons estimer la limite inférieure de la proportion des personnes d'un groupe d'âge donné qui ont été placées en établissement entre 1986 et 1991, à partir de la relation suivante :

$$NewI_k = I_k(t) - I_{k-1}(t-1)S_{k-1,k}$$

où

$NewI_k$ est la limite inférieure du groupe d'âge;

k,I_k (t) est le nombre de personnes vivant en établissement dans le groupe d'âge k à la période t;

$S_{k-1,k}$ est le taux de survie sur cinq ans du groupe d'âge k - 1 au groupe k.

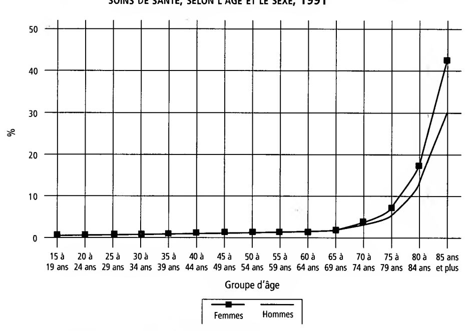
$$P(NewI)_{k-1} = \frac{NewI_k}{P_{k-1}(t-1)}$$

est la limite inférieure de la proportion de la population du groupe d'âge k - 1 placée en établissement entre les dates t - 1 et t.

À partir de ces relations, nous avons obtenu les estimations suivantes des limites inférieures de la proportion des personnes placées en établissement dans chaque groupe d'âge, entre 1986 et 1991 :

Femmes		Hommes	
65 à 69 ans	1,6 %	65 à 69 ans	0,9 %
70 à 74 ans	3,1 %	70 à 74 ans	1,6 %
75 à 79 ans	5,5 %	75 à 79 ans	4,3 %
80 ans et plus	10,4 %	80 ans et plus	5,4 %

FIGURE 1.10 POURCENTAGE DE LA POPULATION VIVANT DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS DE SANTÉ, SELON L'ÂGE ET LE SEXE, 1991



Source : Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1991.

Les pourçentages réels seront toutefois plus élevés, et ce pour deux raisons. Premièrement, comme une certaine proportion des personnes placées en établissement retournent vivre dans leur collectivité, la population vivant encore en établissement à la fin de la période de cinq ans est surestimée. Deuxièmement, nous avons utilisé les taux de survie de la population, qui seront supérieurs aux taux de survie en établissement, de sorte que là encore la population des survivants est surestimée.

Ces chiffres laissent sous-entendre que, s'il n'y aucun changement dans la propension à vivre en établissement, la compétition pour les places offertes dans les établissements s'intensifiera rapidement à mesure que la taille de la population âgée augmentera. Les probabilités par âge du placement en établissement ont peu changé au cours de la dernière décennie et elles ne varient que légèrement d'une province à l'autre. Cependant, aucune de ces considérations n'a de grande valeur prédictive, car le taux réel de placement en établissement dépend également de l'état de santé, de la disponibilité des membres de la famille et du nombre de places fournies dans les établissements publics et privés. Bien que l'amélioration de l'état de santé des personnes âgées aura pour effet de hausser l'âge d'entrée en établissement, la baisse de fécondité observée durant les années qui on suivi l'explosion démographique réduira le nombre de membres de la famille pouvant apporter un soutien aux personnes âgées. La principale question, toutefois, sera le traitement qui sera réservé au placement en établissement dans les stratégies gouvernementales relatives au soutien des soins de longue durée et, plus précisément, les critères qui détermineront l'admissibilité et le nombre de places offertes dans les établissements.

Il est important de connaître la proportion de la population qui vit en établissement, et ce pour la raison suivante. La plupart des analyses sur l'état de santé, les comportements liés à la santé et leurs liens avec les facteurs économiques et les modalités de vie sont basées sur des enquêtes sur grand échantillon financées par Statistique Canada ou d'autres organismes publics. Or ces enquêtes portent sur la population vivant dans la collectivité, l'exclusion de la population vivant en établissement ayant peu d'effets sur les conclusions concernant les populations plus jeunes ou même les «jeunes» personnes âgées. Cependant, comme 40 % des femmes âgées de 85 ans et plus vivaient dans un établissement de soins de santé en 1991, on ne peut faire de généralisations sur les personnes très âgées sans sonder également cette population. Dans les chapitres qui suivent, nous préciserons si les énoncés formulés s'appliquent à l'ensemble de la population ou s'ils ne touchent que la population vivant dans la collectivité (hors établissements).

1.5 CONCLUSION

Dans ce chapitre, nous avons traité du thème du vieillissement de la population. Au moment du Recensement de 1991, 3,2 millions de personnes âgées de 65 ans et plus vivaient au Canada, ce nombre représentant 12 % de la population du pays. Les personnes de 80 ans et plus étaient alors au nombre de 657 000, formant 2,4 % de la population — ce chiffre étant peut-être encore plus important pour l'élabo-

ration des politiques gouvernementales. La taille de ces deux segments de la population âgée résulte des taux de croissance soutenue enregistrés au cours des 40 dernières années, une tendance qui se maintiendra bien au-delà de l'an 2000. Au chapitre 5, nous examinons plus en détail les répercussions de l'accroissement futur de la population âgée.

La caractéristique principale de l'augmentation de la population âgée au Canada tient aux différences observées entre les deux sexes. La prédominance des femmes dans les segments les plus âgés de la population s'est maintenue et, en dépit d'une amélioration de l'espérance de vie des hommes par rapport à celle des femmes, il est probable que l'écart entre les deux groupes persistera chez les Canadiens de tous les âges.

Bien que les politiques gouvernementales ne peuvent modifier que lentement le rapport hommes-femmes, le rapport de dépendance et l'espérance de vie, il est une variable démographique sur laquelle ces politiques peuvent avoir un effet beaucoup plus immédiat, et c'est l'immigration. Même s'il est difficile de prévoir les effets de l'immigration sur la population âgée, on constate que la proportion de personnes âgées parmi les immigrants a considérablement augmenté durant la période axée sur la réunification des familles et qu'elle a diminué lorsque la priorité est passée aux immigrants indépendants ou à ceux de la composante à caractère économique.

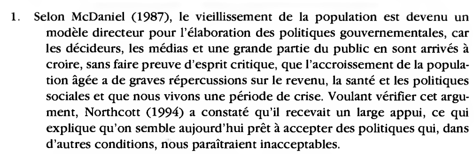
Non seulement la composition de la population immigrante selon l'âge est-elle importante à court terme, mais son lieu d'établissement l'est également, car il influe sur l'analyse de la population âgée. Comme nous le découvrirons dans les chapitres qui suivent, la concentration d'un grand nombre des nouveaux immigrants à Toronto, Montréal et Vancouver influe sur la répartition spatiale des personnes âgées à l'échelle locale. À long terme, toutefois, ce sont la fécondité et la mortalité, et non l'immigration, qui exercent la principale influence sur les répartitions selon l'âge et le sexe.

Ce que nous observons à l'échelle nationale se manifeste avec un degré de variation beaucoup plus marqué à d'autres échelles géographiques. Ce thème est repris au chapitre 3, et nous nous contenterons ici de faire remarquer que la proportion de personnes âgées dans la population varie d'environ 3,0 % dans les Territoires du Nord-Ouest à 15 % en Saskatchewan. Lorsqu'on examine les différences entre les milieux urbains et ruraux, il apparaît clairement que les personnes âgées sont plus nombreuses dans les grandes villes du Canada, ce qui indique que la demande de services, principalement de la part des femmes âgées, deviendra un enjeu majeur au cours des années à venir.

Malgré la vague de désinstitutionnalisation qui se poursuit dans l'ensemble du Canada, le présent chapitre fait ressortir l'importance de tenir compte des personnes âgées vivant en établissement dans les discussions touchant les politiques. Ce serait en effet une erreur de faire des généralisations — en particulier sur les personnes très âgées — sans inclure la population vivant en établissement.

Maintenant que les paramètres de base de la population âgée du Canada sont définis, nous approfondirons, dans les chapitres qui suivent, bon nombre des thèmes présentés afin de brosser un tableau complet de la population âgée du Canada à l'aube du XXI[e] siècle.

NOTES EN FIN DE CHAPITRE



1. Selon McDaniel (1987), le vieillissement de la population est devenu un modèle directeur pour l'élaboration des politiques gouvernementales, car les décideurs, les médias et une grande partie du public en sont arrivés à croire, sans faire preuve d'esprit critique, que l'accroissement de la population âgée a de graves répercussions sur le revenu, la santé et les politiques sociales et que nous vivons une période de crise. Voulant vérifier cet argument, Northcott (1994) a constaté qu'il recevait un large appui, ce qui explique qu'on semble aujourd'hui prêt à accepter des politiques qui, dans d'autres conditions, nous paraîtraient inacceptables.

2. Les chiffres de population de 1991 excluent les résidents non permanents, afin de maintenir une uniformité avec les totaux obtenus des recensements précédents.

3. $TC = (\frac{P_{t+n}}{P_t})^{1/n} - 1.0$

   Le taux de croissance annualisé entre deux périodes correspond à :

   TC = taux de croissance annualisé;
   P_{t+n} = population durant la nième année de la période;
   P_t = population durant l'année initiale de la période;
   n = nombre d'années durant la période.

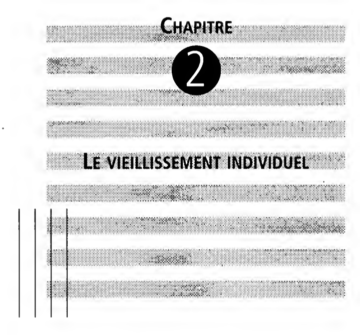
4. Selon les tenants de la théorie du capital humain, les dépenses relatives aux programmes sociaux augmentent le potentiel économique des personnes auxquelles elles sont destinées, mais elles peuvent également s'appliquer à la prise de décisions. À titre d'exemple, selon la théorie du capital humain, les décisions en matière de migration dépendent de l'écart entre les revenus dans les régions *i* et *j*, actualisé en fonction du revenu futur réalisé en *i*, moins les coûts associés à la migration de *i* à *j* (Cadwallader, 1989, p. 499).

5. Pour connaître les définitions des catégories d'immigrants, consulter la *Loi sur l'immigration, 1976* ou le Règlement sur l'immigration de 1978. Les immigrants indépendants ou ceux de la composante à caractère économique sont soit des personnes qui immigrent au Canada sans personnes à charge (enfants, conjoint, enfants classés comme étudiants ou parents), soit des immigrants appartenant à la catégorie des «entrepreneurs».

6. Voir p. 218.

7. Pour une discussion plus complète, voir le chapitre 4.

8. La Longitudinal Study of Aging (LSOA) a débuté en 1984, par des interviews réalisées auprès d'un échantillon représentatif de 7 527 personnes âgées de 70 ans et plus, vivant hors établissements aux États-Unis. Les répondants ont été interviewés de nouveau en 1986, 1988 et 1990.



LE VIEILLISSEMENT INDIVIDUEL

À mesure que les personnes vieillissent, leur état de santé et l'éventail des services de soutien social dont elles ont besoin ont tendance à changer. La nature de ce changement et ses répercussions sur la politique gouvernementale dépendent non seulement du vieillissement lui-même, mais également des caractéristiques sociales, économiques et démographiques de chaque personne ainsi que de la collectivité.

L'état matrimonial et les modalités de vie des personnes sont deux facteurs essentiels à toute discussion sur la santé et le vieillissement. En effet, les personnes qui vivent avec un conjoint bénéficient d'une base de soutien en cas de détérioration de leur état de santé que n'ont pas les personnes qui vivent seules, en particulier celles qui sont éloignées des autres membres de leur famille ou de leurs amis proches. Les personnes vivant seules sont donc plus susceptibles de faire appel aux organismes officiels de soutien, alors que les personnes qui vivent avec d'autres partagent souvent les tâches liées aux activités de la vie quotidienne comme la préparation des repas, le magasinage et les travaux ménagers. L'endroit où vit la personne a également son importance; dans les régions rurales, l'accès aux services officiels et non officiels de soins de santé et de soutien social est en effet plus difficile que dans les villes.

Les caractéristiques socioéconomiques de la personne (son revenu, sa richesse, son groupe ethnique, son âge, son niveau de scolarité, sa situation d'activité, etc.) ont également une incidence sur la santé et l'utilisation des services de soutien social. Depuis toujours, pauvreté et mauvais état de santé vont de pair, bien que le lien de causalité — quelle est la cause et quel est l'effet — ne soit pas toujours clair (McKeown, 1988; Roberge, Berthelot et Wolfson, 1993). Les personnes à faible revenu ont plus de difficulté à se procurer des aliments, un logement et des

soins de santé préventifs adéquats pour elles-mêmes et leur famille. Par ailleurs, un piètre état de santé et une mauvaise nutrition à un jeune âge augmentent les probabilités d'être en mauvaise santé à un âge plus avancé. Un mauvais état de santé peut également influer sur la probabilité d'atteindre le niveau de scolarité espéré et, de ce fait, se répercuter sur les perspectives d'emploi, ce qui en retour aura pour effet de réduire le revenu durant les années subséquentes.

L'instruction influence l'état de santé à la fois indirectement, à cause du lien avec la réussite économique, et directement, à cause des connaissances qu'acquiert la personne sur les questions liées à la santé et le réseau des soins de santé. Ainsi, les personnes plus instruites ont tendance à disposer de plus de ressources personnelles pour faire face à un mauvais état de santé et, plus important encore, elles sont plus susceptibles de mieux comprendre le fonctionnement du réseau des soins de santé et d'en utiliser les ressources plus efficacement. Aussi, à notre époque caractérisée par une intensification des restrictions financières imposées aux systèmes de soins de santé et de services sociaux, les progrès futurs dépendront autant de la capacité d'apprendre aux gens à prendre soin de leur santé que de la capacité du réseau de fournir davantage de services.

Les caractéristiques sociodémographiques de toute population locale sont en constante évolution. La propension des gens à migrer ou à déménager localement est étroitement liée, quoique d'une manière complexe, à leur état de santé (Litwak et Longino, 1987). À l'approche ou à l'atteinte de l'âge de la retraite, les personnes songent souvent à déménager dans des régions où le climat est plus doux, comme la Colombie-Britannique ou la région du Niagara, ou encore dans des régions à fort potentiel récréatif comme la région de Muskoka ou l'Île-du-Prince-Édouard. Cette tendance se remarque surtout chez les couples âgés les plus jeunes, les mieux nantis et en bonne santé (Northcott, 1988). Souvent, ces personnes déménagent à des endroits où elles avaient déjà séjourné en vacances, où l'hiver est moins rigoureux ou encore où l'été procure une plus grande détente.

Lorsqu'il s'agit, par contre, de personnes plus âgées, les déménagements sont plus susceptibles d'être précipités par une détérioration de l'état de santé, une perte d'autonomie et un besoin de se rapprocher de la famille et d'autres sources de soutien officielles et non officielles (Litwak et Longino, 1987). Il s'agit souvent de migrations de retour entreprises par des couples frêles ou un conjoint seul, qui quittent leur lieu de retraite pour retourner à un endroit où ils trouveront un réseau d'aide plus solide, formé par des membres de la famille ou des amis.

Les déplacements des personnes âgées ont des répercussions non seulement sur les personnes elles-mêmes, mais également sur le contexte sociodémographique de l'endroit qu'elles quittent et de l'endroit où elles se rendent. Ainsi, lorsque des couples en santé et à l'aise quittent des régions telles que le nord de l'Ontario pour s'installer en Colombie-Britannique, ils modifient non seulement la demande potentielle de soins de santé dans les deux endroits, mais également les caractéristiques de la population locale — la collectivité qu'ils laissent derrière eux s'appauvrit progressivement, tant sur le plan de l'économie que de la santé. En déménageant, ces personnes transfèrent leur contribution aux impôts et réduisent du même coup la capacité de leur ancienne collectivité d'offrir des services locaux de qualité et en quantité adéquate (Rosenberg et Moore, 1990).

Chacune de ces variables sociodémographiques — à savoir l'état matrimonial et les modalités de vie, la pauvreté, l'instruction et la mobilité — seront examinées en regard du vieillissement. La présente discussion se veut un avant-propos à la mesure de l'état de santé et du soutien social présentée au chapitre 4, où les liens entre l'état de santé, le vieillissement et ces variables sociodémographiques sont analysés plus en détail.

2.1 LE CONTEXTE SOCIODÉMOGRAPHIQUE DU VIEILLISSEMENT

2.1.1 L'état matrimonial et les modalités de vie

Le profil des familles canadiennes a changé considérablement durant les années de l'après-guerre, en particulier depuis le sommet de l'explosion démographique de la fin des années 50, et ces changements commencent à modifier les conditions dans lesquelles les personnes âgées vivent la fin de leur vie. Les effets les plus importants découlent de l'écart croissant qui s'est rapidement creusé entre l'espérance de vie des hommes et celle des femmes après la Seconde Guerre mondiale. La proportion de femmes vivant au-delà de 80 ans a ainsi augmenté beaucoup plus rapidement que celle des hommes; de plus, les femmes sont beaucoup plus susceptibles que les hommes d'être veuves à 65 ans et plus (figure 2.1).

Une deuxième tendance est actuellement en voie de se superposer à la première. Avec l'augmentation de l'espérance de vie des hommes, la probabilité qu'un couple âgé de 65 ans demeure intact pendant encore de nombreuses années a augmenté chez les couples âgés plus jeunes; le veuvage survient plus tard (tableau 2.1). Les femmes sont encore beaucoup plus susceptibles de survivre

FIGURE 2.1 POURCENTAGE DE VEUFS ET DE VEUVES, SELON L'ÂGE ET LE SEXE, CANADA, 1991

Source : Fichier de microdonnées à grande diffusion du Recensement du Canada de 1991.

TABLEAU 2.1 ÉTAT MATRIMONIAL DES PERSONNES DE 55 À 64 ANS ET DES PERSONNES ÂGÉES HORS ÉTABLISSEMENTS, EN POURCENTAGE[1], SELON L'ÂGE ET LE SEXE, 1991 ET 1981

	Groupe d'âge						
	55 à 59 ans	60 à 64 ans	65 à 69 ans	70 à 74 ans	75 à 79 ans	80 à 84 ans	85 ans et plus
ÉTAT MATRIMONIAL EN 1991				Femmes			
Célibataires	5,4	5,5	5,9	6,4	7,4	8,6	9,9
Mariées	73,9	68,2	60,2	48,5	35,7	22,3	11,7
Veuves	10,3	17,5	27,0	40,0	53,4	66,6	76,9
Divorcées ou séparées	10,5	8,8	6,9	5,1	3,5	2,5	1,5
				Hommes			
Célibataires	6,0	6,3	6,3	5,4	5,2	5,7	6,7
Mariés	84,5	83,0	82,1	80,9	77,1	69,0	55,7
Veufs	2,0	3,7	6,2	9,1	14,1	21,8	34,3
Divorcés ou séparés	7,6	7,0	5,4	4,5	3,6	3,5	3,2

	Groupe d'âge						
	55 à 59 ans	60 à 64 ans	65 à 69 ans	70 à 74 ans	75 à 79 ans	80 à 84 ans	85 ans et plus
ÉTAT MATRIMONIAL EN 1981				Femmes			
Célibataires	6,4	7,2	8,1	10,0	10,3	10,3	10,2
Mariées	73,8	66,1	55,3	42,5	29,0	18,2	9,2
Veuves	13,2	21,1	32,5	44,0	58,3	70,5	80,1
Divorcées ou séparées	6,7	5,6	4,1	3,5	2,4	1,1	0,5
				Hommes			
Célibataires	8,1	7,8	7,7	8,4	8,7	10,0	8,8
Mariés	82,9	82,2	80,7	76,4	70,2	59,2	43,0
Veufs	2,7	4,2	6,4	11,0	17,4	28,1	46,2
Divorcés ou séparés	6,3	5,8	5,2	4,2	3,7	2,7	2,0

1. Les pourcentages ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre à 100.
Sources : Bande-échantillon à grande diffusion du Recensement du Canada de 1981; fichier de microdonnées à grande diffusion du Recensement du Canada de 1991.

à leur conjoint, mais l'accroissement rapide du nombre de veuves se produit aujourd'hui à un âge plus avancé qu'auparavant. Si le taux de survie des hommes continue de s'approcher de celui des femmes, comme nous l'indiquons dans le chapitre précédent, le rapport hommes-femmes pour les âges plus avancés commencera à augmenter. Cependant, d'ici tout au moins les 20 à 30 prochaines années, la forte proportion de veuves sera un des principaux facteurs à considérer en regard de la prestation des soins aux personnes très âgées. Souvent, les femmes âgées vivent seules et ont un accès limité au soutien des amis ou de la famille pour les activités quotidiennes comme le magasinage ou les travaux ménagers. D'où l'importance de repérer cette population et de définir ses besoins au sein des collectivités locales (Havens, 1995).

Depuis les années 50, le divorce et le remariage sont devenus des événements significatifs dans la vie des Canadiens (Ram, 1990). Depuis cette période, les jeunes adultes ont été proportionnellement plus nombreux à divorcer et, aujourd'hui, les effets du divorce se font sentir dans la population des 65 ans et plus. En 1951, seulement 0,3 % des hommes et 0,1 % des femmes âgés de 65 à 74 ans étaient divorcés; en 1991, ces proportions atteignaient respectivement 5,0 % et 6,1%[1]. Il est à prévoir que ces chiffres continueront d'augmenter, si ce n'est qu'en raison du vieillissement des personnes qui ont divorcé à un plus jeune âge. En 1991, par exemple, 10,5 % des femmes âgées de 55 à 59 ans étaient divorcées; si l'on se fie à la structure actuelle des divorces et remariages chez les personnes âgées, on peut s'attendre à ce que plus de 9 % des personnes âgées de 65 à 69 ans en 2001 soient divorcées, comparativement à 6,9 % en 1991.

L'impact du divorce est, dans une certaine mesure, neutralisé par celui du remariage. Les taux de remariage sont toutefois considérablement plus faibles chez les femmes que chez les hommes du même âge (Ram, 1990), de sorte que, à un âge plus avancé, le nombre de divorcées est supérieur à celui de divorcés. En 1991, 82 100 femmes faisant partie de la population âgée de 65 ans et plus vivant hors établissements étaient divorcées ou séparées, contre 57 300 hommes. Il est important de surveiller ces tendances, car elles modifient l'aide accessible à la maison. En effet, non seulement y a-t-il perte d'un conjoint, mais l'accès aux enfants et aux autres membres de la famille peut également être réduit après le divorce, pour l'un des conjoints ou pour les deux. Même si les personnes peuvent trouver d'autres sources de soutien (Rosenthal et Gladstone, 1994), il ne fait aucun doute qu'en général les personnes âgées divorcées disposent de moins d'options.

Entre 1981 et 1991, l'espérance de vie, le divorce et le remariage ont changé de façon spectaculaire (tableau 2.1). Chez les 55 à 74 ans, par exemple, il y a eu diminution sensible de la proportion d'hommes et de femmes célibataires ou veufs et augmentation de la proportion des personnes mariées et divorcées. Chez les 75 ans et plus, le changement le plus important s'est produit chez les hommes, dont la proportion de veufs a diminué entre 1981 et 1991, alors que la proportion d'hommes mariés a augmenté. Les changements chez les femmes ont été beaucoup plus modestes et les écarts les plus marqués ont été observés entre les hommes et les femmes de 85 ans et plus. En 1991, 55,7 % des hommes étaient mariés et 34,3 % étaient veufs, comparativement à 11,7 % des femmes qui étaient mariées et 76,9 % qui étaient veuves. Les femmes âgées de 85 ans et plus étaient également plus de deux fois plus nombreuses que les hommes; il n'est donc pas surprenant que ce groupe d'âge comptait quatre fois plus de veuves que de veufs. Comme nous l'avons indiqué précédemment, l'augmentation du taux de survie des hommes entraînera une hausse du rapport hommes-femmes chez les 85 ans et plus, mais l'écart entre les deux sexes sera lent à combler. Les veuves très âgées continueront donc de surpasser largement en nombre les veufs très âgés bien au-delà du tournant du siècle.

Ces tendances relatives à l'état matrimonial ont par ailleurs un impact direct sur les modalités de vie des personnes âgées. Or ces modalités déterminent, en retour, qui sera disponible pour apporter un soutien lorsque la personne éprou-

vera de la difficulté à exécuter les activités courantes de la vie, en particulier les plus personnelles comme sortir du lit ou se mettre au lit, s'habiller ou se déplacer dans la maison. Ces services de soutien sont beaucoup plus susceptibles d'être fournis par la famille que par des amis (Rosenthal et Gladstone, 1994), bien qu'on ne doive pas présumer que les amis ne peuvent assumer ce rôle. Par suite de la prolongation de la longévité des hommes, les hommes et les femmes plus âgés étaient proportionnellement plus nombreux à vivre avec un conjoint en 1991 qu'en 1981 — avec ou sans enfants (tableau 2.2). En outre, dans la plupart des tranches d'âge plus âgées, la proportion de personnes vivant seules a augmenté de façon soutenue, mais non abrupte, entre 1981 et 1991. Parallèlement, les hommes et les femmes dans la plupart des tranches d'âge supérieures à 65 ans ont été proportionnellement moins nombreux à vivre avec des enfants ou d'autres personnes. Ces données témoignent d'un éloignement continu des modèles traditionnels de la prestation de soins aux aînés à domicile et par la famille.

Lorsqu'on inclut les personnes vivant en établissement, les statistiques sur l'état matrimonial présentent des particularités intéressantes, notamment chez les très âgés et plus particulièrement chez les femmes de 85 ans et plus. Parmi celles qui vivaient dans la collectivité (hors établissements) en 1991, 26 % vivaient avec leur mari; cependant, lorsqu'on inclut les femmes placées en établissement, la proportion tombe à 11,7 %. En 1991, 76,9 % de toutes les femmes âgées de 85 ans et plus étaient veuves. En d'autres mots, la grande majorité des femmes vivant en établissement sont veuves, ce qui laisse croire qu'il n'y aurait peut-être personne pour s'occuper d'elles si elles étaient en mesure de vivre hors établissements.

Il est difficile de faire des projections à long terme à l'égard de ces tendances. Les modalités de vie des très âgés dépendent en effet de leur situation économique, de la disponibilité de logements abordables ainsi que des politiques provinciales qui régissent les critères d'admissibilité, le financement des établissements et les soins de longue durée en général. La diminution de l'écart entre l'espérance de vie des hommes et celle des femmes ainsi que la hausse du taux de remariage (Ram, 1990) atténueront sans doute certains des effets à long terme de l'accroissement du taux de divortialité, en particulier chez les plus jeunes aînés. La question primordiale pour l'avenir est de savoir si des logements abordables seront disponibles dans des établissements de soins pour les personnes âgées qui ne peuvent compter sur l'appui d'aucun proche, ou si un nombre croissant de ces personnes devront continuer de vivre dans la collectivité et compter sur un plus vaste éventail de services à domicile. Bon nombre des personnes qui continueront de vivre dans la collectivité déménageront pour se rapprocher des membres de leur famille ou d'amis qui pourront leur apporter une aide pour diverses activités de la vie quotidienne. Cependant, même si ces déménagements sont assez fréquents, moins de 5 % de la population âgée migre à cette fin vers d'autres collectivités durant une période donnée de cinq ans (McGuinness, 1996), et l'effet de tels mouvements sur la demande locale de services est habituellement faible.

Tableau 2.2 Modalités de vie des personnes de 55 à 64 ans et des personnes âgées hors établissements, en pourcentage[1], selon l'âge et le sexe, 1991 et 1981

	Groupe d'âge						
Modalités de vie	55 à 59 ans	60 à 64 ans	65 à 69 ans	70 à 74 ans	75 à 79 ans	80 à 84 ans	85 ans et plus
				Femmes			
Ménage d'une personne	13,5	18,7	26,2	36,5	45,6	54,1	51,1
Couple seulement	41,5	47,1	47,8	40,7	30,4	18,7	8,7
Avec enfants	27,3	16,4	9,8	7,1	6,8	7,1	8,8
Vivant avec d'autres	3,3	3,3	3,0	2,6	2,9	3,9	8,2
Ménage multifamilial	3,2	3,4	2,5	2,0	1,6	1,5	1,3
Ménage non familial	3,3	4,2	4,9	5,3	6,4	7,7	11,4
Famille monoparentale	7,9	7,0	5,8	5,7	6,4	7,0	10,6
				Hommes			
Ménage d'une personne	8,8	10,6	11,9	13,3	15,9	21,0	27,2
Couple seulement	39,6	50,7	59,4	64,5	63,6	57,6	42,9
Avec enfants	38,8	25,5	16,1	11,1	8,1	8,1	10,5
Vivant avec d'autres	3,4	3,7	3,7	3,1	3,1	3,4	4,6
Ménage multifamilial	2,7	3,0	3,1	2,8	3,1	3,0	4,0
Ménage non familial	3,3	3,8	3,9	3,5	3,9	4,7	7,0
Famille monoparentale	3,4	2,6	2,0	1,8	2,3	2,2	3,9

	Groupe d'âge						
Modalités de vie	55 à 59 ans	60 à 64 ans	65 à 69 ans	70 à 74 ans	75 à 79 ans	80 à 84 ans	85 ans et plus
				Femmes			
Ménage d'une personne	12,2	17,9	27,6	36,0	45,1	47,9	45,0
Couple seulement	38,0	46,1	45,1	36,9	25,5	16,4	8,3
Avec enfants	31,9	17,2	9,7	8,0	8,7	9,4	9,8
Vivant avec d'autres	3,3	3,7	3,3	3,0	3,2	4,9	8,8
Ménage multifamilial	2,5	2,4	2,1	2,0	1,7	1,6	2,0
Ménage non familial	4,0	5,6	6,7	8,2	9,1	11,0	13,0
Famille monoparentale	8,2	7,2	5,6	5,9	6,7	8,8	13,1
				Hommes			
Ménage d'une personne	8,1	9,0	11,0	13,1	15,4	21,2	22,0
Couple seulement	33,7	47,4	58,2	60,5	59,4	51,2	39,7
Avec enfants	45,4	30,9	17,9	12,5	10,5	10,9	11,2
Vivant avec d'autres	3,4	3,7	4,2	4,2	4,3	4,3	6,9
Ménage multifamilial	2,2	2,6	2,9	3,0	2,6	3,2	4,1
Ménage non familial	3,6	3,4	3,6	4,6	5,3	5,8	9,2
Famille monoparentale	3,7	3,1	2,2	2,1	2,4	3,4	6,8

1. Les pourcentages ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre à 100.
Sources : Fichiers de microdonnées à grande diffusion du Recensement du Canada, 1981 à 1991.

2.1.2 La pauvreté

Il existe de nombreux stéréotypes courants concernant la pauvreté chez les personnes âgées. En fait, de tous les groupes d'âge, ce sont les aînés qui ont enregistré la plus importante baisse du taux de pauvreté au cours des 20 dernières années, cette situation témoignant du succès des politiques en matière de prestations et de fiscalité (Dooley, 1994). Durant cette période, il y a eu augmentation réelle des prestations de la Sécurité de la vieillesse et du Supplément de revenu garanti (SV/SRG), de celles du Régime de pensions du Canada et du Régime de rentes du Québec (RPC/RRQ) et des autres paiements de transfert du gouvernement. En 1990, le revenu moyen des hommes et des femmes âgés était bien supérieur au seuil de faible revenu de 1986 établi par Statistique Canada (Dooley, 1994).

Cependant, la mesure de la pauvreté ne fait pas l'unanimité (Sarlo, 1992). La mesure la plus souvent utilisée est le seuil de faible revenu (Wolfson et Evans, 1989). Pour une année donnée, ce seuil est établi à partir d'une analyse du profil des dépenses d'une famille, et il est déterminé en ajoutant 20 points aux dépenses moyennes consacrées à l'alimentation, au logement et aux vêtements. Les familles qui consacrent plus de 58,5 % de leur revenu à ces biens et services de base sont considérées comme des familles à faible revenu. Le seuil de faible revenu est estimé à partir de la relation entre les dépenses pour les aliments, le logement et les vêtements et le revenu avant impôt. Il tient également compte de la taille de la famille, des différences entre les régions rurales et urbaines et de la région géographique. Enfin, le seuil de faible revenu est corrigé en fonction de l'indice annuel des prix à la consommation (IPC).

Cependant, selon Ruggieri, Howard et Bluck (1994), le fait de baser ces mesures sur le revenu avant impôt peut entraîner une surestimation de la fréquence de la pauvreté chez les personnes âgées. Le revenu avant impôt ne tient en effet pas compte des exemptions fiscales spéciales accordées aux personnes âgées, ni des dépenses reliées à l'emploi. Aussi, plutôt que d'utiliser le revenu avant impôt, Ruggieri et ses collaborateurs (1994) proposent de baser les calculs sur le «pouvoir d'achat net», une mesure après impôt qui réduit sensiblement les estimations de la fréquence du faible revenu. En 1991, par exemple, 4,7 % des aînés étaient considérés comme des personnes à faible revenu selon cette mesure, comparativement à 30,6 % selon la mesure basée sur le seuil de faible revenu.

Ce large écart ne signifie pas pour autant que l'une ou l'autre mesure soit sans utilité. En effet, même si les estimations *absolues* diffèrent largement, les taux *relatifs* de pauvreté parmi les différents groupes de personnes âgées ont tendance à être similaires, quelle que soit la mesure utilisée (Ruggieri et coll., 1994). C'est là un facteur important, compte tenu du fait que les mesures disponibles pour une analyse générale de la pauvreté et de ses liens avec la santé se limitent au seuil de faible revenu et autres indicateurs similaires basés sur le revenu avant impôt. Les mesures du seuil de faible revenu ont été obtenues des enquêtes sur la santé et les limitations d'activités de 1986 et 1991, ainsi que du fichier de microdonnées à grande diffusion pour les mêmes années. Même si le seuil de faible revenu a des limites en tant que mesure absolue, il constitue néanmoins un indicateur utile de

la vraisemblance relative d'appartenir à la catégorie des personnes à faible revenu, et c'est ainsi que nous l'interpréterons.

Même le modèle le plus élémentaire illustrant la vraisemblance, selon l'âge et le sexe, d'être considéré comme une personne à faible revenu donne un résultat assez complexe. Comme le seuil de faible revenu est une mesure du revenu familial, la proportion d'hommes et de femmes vivant sous ce seuil dépend des modalités de vie de la personne (tableau 2.3). Ainsi, l'une des raisons pour laquelle les femmes sont constamment plus susceptibles d'être des personnes à faible revenu — qu'elles soient jeunes ou vieilles — est qu'elles sont également proportionnellement beaucoup plus nombreuses à vivre seules, à tout âge. Or les femmes qui vivent seules réalisent, en moyenne, des gains viagers moins élevés que les hommes et, partant, les droits à pension provenant des régimes publics et privés sont eux aussi moins élevés. La proportion des hommes et des femmes vivant sous le seuil de faible revenu culmine entre l'âge de 60 et 64 ans, puis diminue lorsque la personne atteint l'âge de 65 ans. C'est en effet à cet âge que la plupart des personnes commencent à toucher un éventail de prestations pour personnes âgées, incluant les prestations de SV/SRG et du RPC/RRQ (tableau 2.4); en fait, la proportion des personnes âgées de 70 à 74 ans qui ont touché ces prestations en 1991 était supérieure à celle des 65 à 69 ans; la proportion des 70 à 74 ans vivant sous le seuil de faible revenu a aussi tendance à être inférieure à celle des 65 à 69 ans (tableau 2.3).

Lorsque nous examinons séparément la structure du revenu personnel des personnes qui se situaient au-dessous et au-dessus du seuil de faible revenu en 1991, d'importantes différences apparaissent (tableau 2.6). Chez les femmes et les hommes vivant sous le seuil de faible revenu, la SV et le SRG étaient les principales sources de revenu, la proportion du revenu provenant de ces sources étant par ailleurs légèrement plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Cette proportion a en outre eu tendance à augmenter considérablement avec l'âge jusqu'à

TABLEAU 2.3 POURCENTAGE DES PERSONNES VIVANT SOUS LE SEUIL DE FAIBLE REVENU ÉTABLI PAR STATISTIQUE CANADA, SELON L'ÂGE, LE SEXE ET LES MODALITÉS DE VIE, 1991

Groupe d'âge	Femmes			Hommes		
	Vivant seules	Vivant avec un conjoint	Vivant avec d'autres	Vivant seuls	Vivant avec une conjointe	Vivant avec d'autres
55 à 59 ans	39,0	10,3	22,3	32,0	8,6	20,2
60 à 64 ans	40,7	11,7	20,6	37,3	12,2	21,1
65 à 69 ans	39,4	8,5	19,0	31,8	9,6	18,0
70 à 74 ans	39,3	8,1	17,5	28,5	7,9	18,9
75 à 79 ans	42,9	10,1	17,3	30,5	9,7	12,2
80 à 84 ans	47,5	11,7	18,5	36,3	12,3	18,5
85 ans et plus	53,0	9,0	17,2	39,5	13,2	18,7

Source : Fichier de microdonnées à grande diffusion du Recensement du Canada de 1991.

Tableau 2.4 Pourcentage des personnes de 55 à 64 ans et des personnes âgées recevant des paiements de transfert du gouvernement, selon la situation par rapport au faible revenu, 1991

	Au-dessus du seuil de faible revenu				Sous le seuil de faible revenu			
Groupe d'âge	SV/SRG	RPC/RRQ	Autres paiements du gouvernement	Prestations d'assurance-chômage	SV/SRG	RPC/RRQ	Autres paiements du gouvernement	Prestations d'assurance-chômage
				Femmes				
55 à 59 ans	0,0	10,1	6,4	9,6	0,0	15,0	28,7	5,7
60 à 64 ans	17,6	34,9	11,9	5,7	24,7	34,1	30,8	3,2
65 à 69 ans	83,9	62,1	50,0	2,3	79,3	52,5	49,9	1,2
70 à 74 ans	97,5	62,8	55,0	0,8	94,2	52,8	55,9	0,4
75 à 79 ans	97,6	59,5	57,5	0,5	96,9	48,5	56,6	0,3
80 à 84 ans	98,0	54,6	61,3	0,5	97,5	46,5	57,4	0,5
85 ans et plus	95,9	37,0	66,4	0,7	98,0	28,3	65,6	0,5
Total	**55,7**	**43,1**	**34,9**	**4,1**	**64,3**	**40,1**	**46,7**	**1,9**
				Hommes				
55 à 59 ans	0,0	5,9	8,1	13,7	0,0	12,3	31,9	10,3
60 à 64 ans	2,6	32,8	11,1	10,5	4,2	37,5	34,5	5,9
65 à 69 ans	72,9	81,4	61,4	4,7	56,8	59,2	61,4	2,9
70 à 74 ans	97,8	87,4	58,4	0,7	91,5	57,6	57,0	0,3
75 à 79 ans	98,3	83,5	58,5	0,5	94,5	55,6	52,9	0,5
80 à 84 ans	98,2	79,9	59,9	0,6	96,4	58,5	52,1	0,0
85 ans et plus	97,2	62,7	63,3	0,9	96,5	45,2	60,7	0,2
Total	**46,8**	**52,0**	**35,9**	**7,0**	**42,8**	**42,2**	**45,9**	**4,4**

Source : Fichier de microdonnées à grande diffusion du Recensement du Canada de 1991.

75 ans, ce qui signifie que les femmes et les personnes très âgées sont plus susceptibles d'être admissibles au SRG.

La structure du revenu des personnes se situant au-dessus du seuil de faible revenu est très différente. Les paiements moyens au titre de la SV et du SRG sont inférieurs à ceux versés aux personnes vivant sous le seuil de faible revenu, alors que le revenu provenant des régimes de pension, du RPC/RRQ, des placements et de l'emploi sont beaucoup plus élevés. Le revenu de retraite et celui provenant du RPC/RRQ diminuent sensiblement avec l'âge, en particulier chez les hommes, ce qui témoigne de l'importance de l'amélioration des prestations de pension au cours des deux dernières décennies. On remarque également un large écart entre le revenu de pension des femmes et celui des hommes; en fait, les prestations de pension des femmes augmentent légèrement chez celles de plus de 70 ans, la pension étant souvent transférée du mari à la femme lorsque le premier décède.

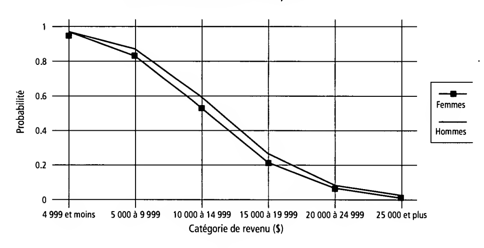
Bien que la situation économique des Canadiens âgés se soit grandement améliorée au cours des 20 dernières années (Dooley, 1994), la fin des années 80 a été marquée par une détérioration apparente de la situation des hommes et des

femmes âgés[2]. Comme l'indique le tableau 2.4, les hommes et les femmes vivant avec leur conjoint ou conjointe étaient, en 1991, beaucoup moins susceptibles d'avoir un faible revenu que ceux vivant avec d'autres personnes, tandis que les personnes seules, en particulier les femmes, étaient plus susceptibles d'avoir un faible revenu que les personnes dont les modalités de vie différaient. Cependant, entre 1986 et 1991, la probabilité que les personnes de la plupart des catégories d'âge supérieures à 65 ans vivant avec leur conjoint aient un faible revenu a doublé et parfois même triplé. Ces données laissent donc supposer clairement que le ralentissement de l'économie à la fin des années 80 a eu pour effet de gruger une partie des gains réalisés par les aînés au cours des deux décennies précédentes.

Même en tenant compte des réserves quant à l'utilisation de la mesure du seuil de faible revenu pour les personnes âgées, il ressort clairement que certains groupes d'aînés sont beaucoup plus vulnérables économiquement que d'autres. C'est le cas particulièrement des femmes qui vivent seules et qui souvent ne sont pas admissibles aux prestations du RPC/RRQ, à cause d'une participation trop faible, voire nulle, au marché du travail.

La très grande majorité (environ 90 %) des personnes âgées de 65 ans et plus avaient un revenu inférieur à 15 000 $ en 1991, les femmes étant proportionnellement plus nombreuses que les hommes à faire partie de cette catégorie. La probabilité était également forte que plus de 80 % du revenu de ces personnes provienne des paiements de transfert du gouvernement (tableau 2.5 et figure 2.2), cette probabilité ayant par ailleurs tendance à être plus élevée pour les personnes vivant seules. Chez les femmes de 75 ans et plus vivant seules et dont le revenu se situait entre 5 000 et 10 000 $, par exemple, 99,3 % obtenaient plus de 80 % de

FIGURE 2.2 PROBABILITÉ D'AVOIR MOINS DE 80 % DU REVENU TOTAL QUI PROVIENT DES PAIEMENTS DE TRANSFERT DU GOUVERNEMENT, POUR LES HOMMES ET LES FEMMES ÂGÉS DE 65 ANS ET PLUS, 1991



Source : Fichier de microdonnées à grande diffusion du Recensement du Canada de 1991.

TABLEAU 2.5 POURCENTAGE DE LA POPULATION TIRANT PLUS DE 80 % DE SON REVENU TOTAL DES PAIEMENTS DE TRANSFERT DU GOUVERNEMENT, SELON L'ÂGE, LE SEXE, LE REVENU ET LES MODALITÉS DE VIE, 1991

	FEMMES				HOMMES			
	65 à 74 ans		75 ans et plus		65 à 74 ans		75 ans et plus	
	Vivant avec d'autres	Vivant seules	Vivant avec d'autres	Vivant seules	Vivant avec d'autres	Vivant seuls	Vivant avec d'autres	Vivant seuls
CATÉGORIE DE REVENU (en dollars)				%				
Moins de 4 999	86,2	65,5	94,6	54,2	65,1	63,9	83,2	66,7
5 000 à 9 999	74,3	94,6	82,7	99,3	87,5	91,2	92,4	99,7
10 000 à 14 999	43,8	69,0	58,3	64,2	68,1	74,2	55,2	65,0
15 000 à 19 999	10,7	14,1	12,1	14,8	18,5	18,1	11,6	15,7
20 000 à 24 999	5,1	9,6	6,4	9,3	6,5	9,6	5,3	10,2
25 000 et plus	1,4	2,1	1,7	1,2	1,5	2,1	1,6	1,2
CATÉGORIE DE REVENU (en dollars)				Chiffres de population				
Moins de 4 999	76 967	1 900	18 567	433	9 567	767	2 800	133
5 000 à 9 999	199 800	40 633	104 867	45 000	76 800	10 400	68 333	9 800
10 000 à 14 999	70 167	93 433	64 667	106 567	101 333	27 667	60 333	24 333
15 000 à 19 999	6 867	6 200	3 167	5 733	21 833	2 567	6 100	1 667
20 000 à 24 999	1 967	2 700	1 000	2 033	6 167	967	1 700	633
25 000 et plus	1 067	1 233	500	567	3 867	600	1 167	200

Source : Fichier de microdonnées à grande diffusion du Recensement du Canada de 1991.

leur revenu des paiements de transfert — en 1991, 45 000 femmes au Canada étaient dans cette situation. Parmi les femmes qui vivaient avec d'autres, 82,7 % (104 867 femmes) tiraient plus de 80 % de leur revenu des paiements de transfert. De toute évidence, il s'agit d'un groupe dont la situation est précaire et qui est particulièrement vulnérable aux changements dans la politique gouvernementale qui modifient soit l'éventail des prestations reçues, soit le coût des services.

Les changements dans le montant et les sources du revenu ne sont pas les seuls indicateurs du bien-être économique : les biens sont également importants. Malheureusement, les fichiers récents de microdonnées à grande diffusion ne contiennent aucune source directe de données sur les biens. Deux aspects sont particulièrement importants : les placements susceptibles de générer des revenus et l'accession à la propriété, qui peut réduire les frais de logement. En 1991, les personnes qui se situaient au-dessus du seuil de pauvreté ont touché un revenu de placements qui était en moyenne de 10 à 15 fois supérieur à celui des personnes vivant sous le seuil de faible revenu (tableau 2.6). Les personnes ayant un revenu supérieur au seuil de faible revenu sont en outre plus susceptibles d'être propriétaires que locataires; elles consacrent également une plus faible proportion de leur revenu aux frais de logement — que ce soit à titre de propriétaire ou de locataire — que les personnes vivant sous le seuil de faible revenu (tableau 2.7). L'importance des frais de logement dans le budget des personnes âgées de 65 ans et plus fait ressortir la vulnérabilité des personnes pauvres et, à cet égard, la situation des femmes est pire que celle des hommes.

Cependant, les discussions sur la situation des personnes âgées doivent être axées non pas sur une série de caractéristiques moyennes ou médianes, mais plutôt sur les segments de la population âgée qui sont les plus vulnérables en raison de leur situation économique, de leur état de santé et de l'accès qu'ils ont aux services de soutien, autant officiels que non officiels. Souvent, les personnes sont vulnérables à plus d'un point de vue; aussi les planificateurs et les décideurs doivent-ils leur accorder une attention particulière. En 1991, très peu de personnes ayant un revenu inférieur à 5 000 $ vivaient seules; cette proportion a augmenté rapidement avec le revenu, les femmes étant proportionnellement beaucoup plus nombreuses que les hommes à vivre seules. Toujours en 1991, dans l'ensemble du pays, 350 000 personnes ayant un revenu entre 5 000 $ et 15 000 $ vivaient seules et tiraient plus de 80 % de leur revenu des paiements de transfert; 280 000 de ces personnes étaient des femmes. C'est parmi ce groupe que l'on retrouve la plus forte concentration de personnes âgées vulnérables sur le plan économique.

2.1.3 La situation d'activité

Bien que 65 ans soit l'âge habituel de la retraite au Canada, un grand nombre se retirent de la population active avant cet âge. Une minorité importante, toutefois, continue de travailler au-delà de 65 ans, en particulier des hommes (tableau 2.8). Bien que l'éventail des compétences des personnes actives demeure relativement constant avec l'âge[3], la nature de leur emploi change considérablement. C'est ainsi que l'importance relative du travail autonome et du travail à temps partiel

Tableau 2.6 Revenu moyen des personnes âgées, selon la source de revenu, 1991

Sexe	Situation par rapport au revenu	Âge	Revenu moyen provenant du salaire et du travail indépendant	Revenu moyen provenant de SV/SRG	Revenu moyen provenant de placements	Revenu moyen provenant des pensions de retraite	Revenu moyen provenant du RPC/RRQ	Revenu moyen total
					En dollars			
Femmes	Au-dessus du seuil de faible revenu	65 à 69 ans	2 086	4 061	4 025	2 094	2 319	15 909
		70 à 74 ans	923	5 086	4 886	2 431	2 318	16 709
		75 à 79 ans	706	5 358	5 722	2 413	2 065	17 457
		80 à 84 ans	584	5 723	6 512	2 027	1 703	17 699
		85 ans et plus	678	6 235	6 054	1 674	1 079	17 160
	Sous le seuil de faible revenu	65 à 69 ans	161	6 007	397	253	1 284	9 008
		70 à 74 ans	68	7 363	441	232	1 282	10 019
		75 à 79 ans	47	7 608	547	244	1 179	10 266
		80 à 84 ans	44	7 789	644	290	1 009	10 384
		85 ans et plus	57	8 087	685	279	595	10 483
					En dollars			
Hommes	Au-dessus du seuil de faible revenu	65 à 69 ans	6 376	3 654	4 532	6 848	4 295	29 199
		70 à 74 ans	2 561	4 912	5 136	6 402	4 393	25 776
		75 à 79 ans	1 587	5 035	6 095	5 428	3 702	23 599
		80 à 84 ans	1 314	5 241	6 416	3 917	2 889	21 353
		85 ans et plus	2 095	5 596	6 792	3 028	1 531	20 613
	Sous le seuil de faible revenu	65 à 69 ans	366	4 515	398	456	1 835	9 391
		70 à 74 ans	80	6 947	324	383	1 721	10 199
		75 à 79 ans	95	7 080	337	361	1 586	10 071
		80 à 84 ans	116	7 143	451	420	1 514	10 126
		85 ans et plus	62	7 616	438	340	717	9 868

Source : Fichier de microdonnées à grande diffusion du Recensement du Canada de 1991. (Les calculs ont été faits par les auteurs.)

TABLEAU 2.7 POURCENTAGE DU REVENU CONSACRÉ AU LOGEMENT PAR LES PROPRIÉTAIRES ET LES LOCATAIRES, 1991

	Situation par rapport au revenu	Âge	Pourcentage moyen du revenu consacré au logement – propriétaires	Pourcentage moyen du revenu consacré au logement – locataires
Femmes	Au-dessus du seuil de faible revenu	65 à 69 ans	32,0	41,0
		70 à 74 ans	29,5	40,0
		75 à 79 ans	28,0	39,6
		80 à 84 ans	28,1	36,4
		85 ans et plus	31,0	36,5
	Sous le seuil de faible revenu	65 à 69 ans	38,3	45,9
		70 à 74 ans	34,4	43,6
		75 à 79 ans	31,6	42,9
		80 à 84 ans	30,8	41,3
		85 ans et plus	30,4	40,5
Hommes	Au-dessus du seuil de faible revenu	65 à 69 ans	19,1	31,8
		70 à 74 ans	19,5	33,3
		75 à 79 ans	20,4	35,7
		80 à 84 ans	22,2	36,7
		85 ans et plus	24,3	35,7
	Sous le seuil de faible revenu	65 à 69 ans	37,5	46,5
		70 à 74 ans	35,6	45,8
		75 à 79 ans	33,0	47,6
		80 à 84 ans	31,0	46,8
		85 ans et plus	29,9	44,3

Source : Fichier de microdonnées à grande diffusion du Recensement du Canada de 1991. (Les calculs ont été faits par les auteurs.)

augmente rapidement avec l'âge, chez les hommes et les femmes. Parmi les quelque 10 % d'hommes âgés de 75 à 79 ans qui travaillaient encore en 1990, 53 % étaient des travailleurs autonomes et plus de 40 % travaillaient à temps partiel. Les proportions correspondantes pour les 28 % d'hommes âgés de 65 à 69 ans encore actifs étaient de 31 % et 25 %. La profession n'a que peu influé sur la décision de continuer à travailler après l'âge de 65 ans.

La contribution des personnes âgées, à la fois à l'accroissement de leurs propres ressources et à la productivité générale de la société, est considérable. Bien que le fait de demeurer au sein de la population active réduise de beaucoup la probabilité d'être classé comme une personne à faible revenu (tableau 2.11), il y aurait lieu d'examiner plus à fond les autres répercussions du maintien de la situation d'activité sur le bien-être de la personne. Les personnes qui continuent de travailler sont de toute évidence aptes à le faire; cependant, il faudrait égale-

Tableau 2.8 Situation vis-à-vis de l'activité en 1990, selon l'âge et le sexe

Groupe d'âge	Inactif	Actif			
		Principalement à temps plein	Principalement à temps partiel	Travailleur autonome	Pourcentage de travailleurs autonomes dans la population active
			Femmes		
			%		
55 à 59 ans	45,9	38,3	15,8	4,9	9,1
60 à 64 ans	67,3	21,5	11,2	3,6	11,0
65 à 69 ans	87,3	7,0	5,7	2,3	17,9
70 à 74 ans	94,2	2,8	3,0	1,6	27,5
75 à 79 ans	96,5	1,6	1,8	1,3	36,2
80 à 84 ans	97,6	1,5	0,9	1,1	44,1
85 ans et plus	96,5	2,1	1,4	1,0	29,0
			Hommes		
			%		
55 à 59 ans	18,8	75,6	5,6	13,1	16,2
60 à 64 ans	39,3	53,4	7,3	11,6	19,0
65 à 69 ans	71,6	20,9	7,5	8,8	30,9
70 à 74 ans	84,9	9,1	5,9	6,2	41,3
75 à 79 ans	90,6	5,4	4,0	4,9	52,5
80 à 84 ans	93,8	3,6	2,6	3,5	55,7
85 ans et plus	92,5	5,3	2,2	2,7	36,1

Source : Fichier de microdonnées à grande diffusion du Recensement du Canada de 1991.

ment se demander si elles sont plus satisfaites de leur sort que celles qui ne travaillent plus.

2.1.4 Le niveau de scolarité

Le niveau de scolarité des personnes âgées reflète en grande partie le profil d'études des personnes qui ont grandi avant et pendant la Seconde Guerre mondiale. Un grand nombre de personnes âgées sont des immigrants qui sont arrivés au Canada après avoir terminé leurs années d'études. En conséquence, une forte proportion des personnes âgées de 85 ans et plus (51 % des femmes et 55 % des hommes) n'ont pas fait d'études secondaires et moins de 18 % des hommes ou des femmes ont fait des études postsecondaires (tableau 2.9). Ces pourcentages diminuent rapidement et de façon constante, à mesure que l'on descend le long de l'échelle des âges.

Fait peu surprenant, le nombre moyen d'années de scolarité augmente considérablement dans les groupes d'âge plus jeunes. L'écart entre le nombre moyen d'années de scolarité des hommes et celui des femmes était en outre beaucoup

Tableau 2.9 Niveau de scolarité des personnes de 55 à 64 ans et des personnes âgées, selon l'âge et le sexe, 1991[1]

Groupe d'âge	Sans études secondaires	Études secondaires partielles	Études postsecondaires partielles	Titulaires d'un diplôme universitaire	Nombre moyen d'années de scolarité
			Femmes		
			%		
55 à 59 ans	26,5	42,9	30,5	5,7	10,5
60 à 64 ans	31,8	42,1	26,1	4,9	10,1
65 à 69 ans	35,3	42,4	22,4	3,2	9,7
70 à 74 ans	37,3	42,0	20,8	3,4	9,5
75 à 79 ans	40,6	39,3	20,0	3,3	9,3
80 à 84 ans	45,6	35,3	19,0	2,5	8,8
85 ans et plus	51,0	31,4	17,6	2,5	8,3
			Hommes		
			%		
55 à 59 ans	26,7	38,8	34,5	11,0	10,8
60 à 64 ans	32,1	37,8	30,1	9,7	10,3
65 à 69 ans	35,5	37,1	27,4	8,7	10,0
70 à 74 ans	37,1	38,6	24,2	7,5	9,7
75 à 79 ans	41,7	35,8	22,4	7,1	9,4
80 à 84 ans	48,7	31,4	19,9	6,4	8,7
85 ans et plus	55,0	27,2	17,7	6,2	8,1

1. Les pourcentages ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre à 100.
Source : Fichier de microdonnées à grande diffusion du Recensement du Canada de 1991.

plus faible que l'écart entre les pourcentages d'hommes et de femmes titulaires d'un diplôme. Ceci signifie que, durant les années qui ont précédé et marqué la Seconde Guerre mondiale, les femmes ont été proportionnellement beaucoup moins nombreuses à faire des études postsecondaires que celles qui étaient en âge d'étudier au cours des trois dernières décennies.

Il existe un lien étroit entre le niveau de scolarité et la vraisemblance d'être classé comme une personne à faible revenu (tableau 2.10). Ainsi, les hommes et les femmes n'ayant pas terminé leurs études secondaires ont été proportionnellement plus de deux fois plus nombreux à vivre sous le seuil de faible revenu que les personnes ayant fait quelques études postsecondaires. Cette relation s'est par ailleurs confirmée pour chaque groupe d'âge, bien que les ratios aient eu tendance à être moins élevés chez les personnes très âgées. Les pourcentages ont en outre été cohérents pour tous les sous-groupes d'âge et de sexe — les personnes ayant fait quelques études secondaires se situaient entre les personnes sans études secondaires et celles qui avaient fait des études postsecondaires. Dans ce

TABLEAU 2.10 POURCENTAGE DES PERSONNES SOUS LE SEUIL DE FAIBLE REVENU ÉTABLI PAR STATISTIQUE CANADA, SELON L'ÂGE, LE SEXE ET LE NIVEAU DE SCOLARITÉ, 1991

	Femmes			Hommes		
Groupe d'âge	Sans études secondaires	Études secondaires partielles	Études postsecondaires partielles	Sans études secondaires	Études secondaires partielles	Études postsecondaires partielles
55 à 59 ans	26,4	14,3	9,1	20,2	10,1	7,2
60 à 64 ans	28,3	15,9	10,4	24,7	13,7	8,8
65 à 69 ans	25,8	15,1	11,0	19,2	11,2	7,3
70 à 74 ans	27,9	18,7	12,0	15,4	10,4	7,5
75 à 79 ans	33,5	24,2	14,5	16,7	12,2	8,3
80 à 84 ans	38,1	30,4	21,0	21,5	15,9	12,6
85 ans et plus	36,4	33,9	23,6	24,3	17,7	16,5

Source : Fichier de microdonnées à grande diffusion du Recensement du Canada de 1991.

contexte, la variable du niveau de scolarité sert de mesure de substitution aux gains viagers et aux ressources accumulées pour les années de la retraite.

Au cours des deux prochaines décennies, la proportion des personnes âgées ayant fait des études postsecondaires continuera d'augmenter, simplement sous l'effet du vieillissement des cohortes ayant un niveau de scolarité plus élevé. Au cours de la dernière décennie, davantage de femmes ont fait des études postsecondaires dans tous les domaines d'apprentissage, en particulier les sciences, le génie et les programmes professionnels; il y a tout lieu de croire que cette tendance se poursuivra. Il devrait en résulter les trois effets suivants : un niveau de scolarité plus élevé devrait se traduire par des gains viagers et des prestations de retraite constituées plus élevés ce qui, en retour, procurera aux hommes et aux femmes une sécurité financière pour la vieillesse (Wolfson, 1989); des niveaux de scolarité plus élevés devraient rendre plus efficaces les programmes de prévention et de promotion en matière de santé; enfin, les personnes âgées plus instruites devraient être mieux en mesure de comprendre les complexités du système de soins de santé.

2.1.5 Le modèle de la condition de faible revenu

La discussion qui précède montre que la probabilité de faire partie du groupe vulnérable disposant d'un revenu inférieur au seuil de faible revenu est fonction d'un éventail de variables socioéconomiques et démographiques, les femmes âgées qui vivent seules formant un groupe particulièrement vulnérable. La vraisemblance de faire partie du groupe de personnes à faible revenu dépend de l'âge; les personnes âgées de 85 ans et plus sont beaucoup moins susceptibles de toucher des prestations du RPC/RRQ (si elles étaient trop vieilles pour cotiser au moment de la mise sur pied de ces programmes, elles ne peuvent aujourd'hui être admissibles

aux prestations), et la proportion des personnes qui augmentent leur revenu en continuant de travailler diminue de façon marquée après l'âge de 65 ans. Enfin, les personnes qui ont un emploi à temps plein devraient toucher des prestations plus élevées que celles qui travaillent à temps partiel.

Le revenu après la retraite est fonction des droits à pension, lesquels sont directement liés aux gains réalisés durant la période de vie active. Ces gains sont en retour fonction notamment du niveau de scolarité; les personnes plus instruites devraient être proportionnellement moins nombreuses à vivre sous le seuil de faible revenu au moment d'atteindre le troisième âge. Nous pouvons représenter la vraisemblance de se retrouver sous le seuil de faible revenu en utilisant des variables pour mesurer ces attributs personnels en 1991, et déterminer s'il existe encore des différences régionales[4] dans cette vraisemblance, après avoir neutralisé les effets des autres variables.

Nous utilisons la régression logistique pour représenter ces relations (Kleinbaum, 1994). Les résultats de cette analyse sont présentés au tableau 2.11. La variable dépendante (*faible revenu*) est une variable binaire — la valeur 1 lui est attribuée si la personne est sous le seuil de faible revenu établi par Statistique Canada; dans tous les autres cas, sa valeur est de 0. Les coefficients de l'équation de régression ont été convertis en risques relatifs approchés, qui mesurent l'effet de la variable indépendante sur la vraisemblance relative d'être une personne à faible revenu, après neutralisation des autres variables de l'équation. Par conséquent, la probabilité d'être une personne à faible revenu pour une personne qui travaille à temps plein est environ quatre fois moins grande que pour une personne qui ne travaille pas du tout. À l'opposé, une personne qui vit seule est plus de quatre fois plus susceptible d'être une personne à faible revenu que celle qui vit avec d'autres.

Les risques relatifs approchés peuvent être multipliés pour évaluer l'impact des combinaisons de facteurs. À titre d'exemple, nous avons inclus une variable (*femmes vivant seules*) qui mesure l'interaction entre les deux variables *femmes* et *vivant seul*, pour évaluer l'effet combiné d'être femme et de vivre seule par comparaison aux hommes qui vivent avec leur épouse. Nous avons utilisé la combinaison des coefficients pour les variables *femmes*, *vivant seul* et *femmes vivant seules* qui est (0,830 × 4,461 × 1,870) pour démontrer qu'une personne qui cumule les trois caractéristiques est près de sept fois (6,924) plus susceptible d'être une personne à faible revenu.

Les relations illustrées au tableau 2.11 confirment plusieurs des idées exposées précédemment. Ainsi, la vraisemblance d'être une personne à faible revenu augmente avec l'âge, quoique à un taux décroissant[5]. Vivre seul est la variable qui a le plus d'impact sur la probabilité d'avoir un revenu inférieur au seuil de faible revenu et, comme nous l'avons indiqué précédemment, les femmes qui vivent seules sont sept fois plus susceptibles d'appartenir à cette catégorie que les hommes qui vivent avec leur épouse. Le fait de vivre avec une personne autre qu'un conjoint est également associé à une vraisemblance accrue de se retrouver sous le seuil de faible revenu, bien que cette probabilité soit en général plus faible — soit environ deux fois celle qui s'applique aux personnes qui vivent avec leur conjoint.

Tableau 2.11 Modèles de régression logistique – Corrélats du faible revenu

	Variable dépendante Faible revenu désignant les répondants vivant sous le seuil de faible revenu établi par Statistique Canada			
	Sans variables régionales		Avec variables régionales	
Variables indépendantes[1]	**Risque relatif**	**Niveau de signification**	**Risque relatif**	**Niveau de signification**
Âge	0,613	– – –[2]	0,604	– – –
Âge au carré	1,003	+ + +	1,003	+ + +
Femme	0,830	– – –	0,827	– – –
Années de scolarité	0,898	– – –	0,907	– – –
Diplôme universitaire	0,736	– – –	0,682	– – –
Modalités de vie (catégorie de référence = répondant vivant avec un conjoint)				
Vivant seul	4,461	+ + +	4,547	+ + +
Vivant avec d'autres	1,808	+ + +	1,783	+ + +
Situation vis-à-vis de l'activité (catégorie de référence = répondant ne travaillant pas en 1990)				
Travail à temps plein	0,287	– – –	0,295	– – –
Travail à temps partiel	0,617	– – –	0,637	– – –
Femmes vivant seules	1,870	+ + +	1,883	+ + +
Région métropolitaine de recensement	2,512	+ + +	2,690	+ + +
Indicateurs régionaux (catégorie de référence = répondant vivant en Colombie-Britannique)				
Provinces de l'Atlantique			1,243	+ + +
Québec			1,485	+ + +
Ontario			0,684	– – –
Provinces des Prairies			0,925	–

N = 88 157

1. Voir le tableau 2.20 pour une définition des variables.
2. Pour + + + et – – –, le niveau de signification est 0,001;
pour + + et – –, il est 0,01;
pour + et –, il est 0,05;
pour chacun des modèles, la valeur chi carré est significative si $p < 0,0001$.

Source : Fichier de microdonnées à grande diffusion du Recensement du Canada de 1991.

Le niveau de scolarité et l'emploi produisent les effets escomptés. Ainsi, chaque année d'études réduit la vraisemblance de faire partie du groupe des personnes à faible revenu et le fait de posséder un diplôme universitaire la réduit d'un autre 30 %. Cette probabilité est réduite de 70 % pour les travailleurs à temps plein et du tiers pour les travailleurs à temps partiel, comparativement aux personnes qui ne font pas partie de la population active.

Il existe également des différences régionales qui ne ressortent pas de l'analyse sur les variations des caractéristiques sociodémographiques des personnes. En prenant la Colombie-Britannique et les territoires comme groupe de référence,

deux des autres régions ont été associées à une vraisemblance plus faible, alors que la probabilité d'avoir un revenu inférieur au seuil de faible revenu a été près de 50 % supérieure chez les personnes âgées du Québec en 1991. Il est important de souligner que l'inclusion des effets régionaux ne modifie pas l'ampleur des autres effets de façon significative, ce qui nous permet d'avoir davantage confiance dans leur interprétation.

Un des points essentiels qui ressort du présent chapitre est que les personnes qui risquent le plus de faire partie des catégories de revenus les plus bas sont également celles qui présentent des profils particuliers en ce qui a trait à l'état de santé et aux besoins en services (voir la section 2.3 ci-après). Nous nous intéressons tout particulièrement aux problèmes constants des femmes âgées qui vivent seules, qui risquent particulièrement d'être des personnes à faible revenu et qui dépendent fortement des paiements de transfert du gouvernement.

2.1.6 La disponibilité du soutien social

En vieillissant, la personne est plus susceptible de souffrir de limitations fonctionnelles, et la disponibilité de la famille et des amis pour lui apporter un soutien devient alors plus importante. En outre, à mesure qu'augmente l'aide requise pour les aspects les plus personnels de la vie quotidienne — comme s'habiller et se déplacer à la maison —, l'accès à la famille devient relativement plus important que l'accès aux amis (Stone, 1993). La proximité de membres proches de la famille ou d'amis proches sur qui compter en cas de besoin rend la personne mieux apte à faire face à la vie quotidienne et réduit souvent les pressions exercées sur les organismes officiels de soutien social. Cependant, bien que cette relation soit fréquente, il ne faut pas présumer que la présence de proches se traduit toujours par un soutien, ni qu'il est toujours possible de transférer à la famille les besoins en matière de soutien. La qualité des liens qui unissent les membres de la famille (Stone, 1993), les obligations qu'ont les soignants envers d'autres membres de la famille, en particulier les petits-enfants (Menken, 1985), ainsi que les propres mécanismes d'adaptation de la personne (Rosenthal et Gladstone, 1994) sont tous des facteurs qui contribuent à déterminer si la famille sera la source du soutien.

Les données de l'Enquête sur le vieillissement et l'autonomie montrent les liens qui existent entre les personnes âgées et les membres de la famille et les amis desquels elles se sentent proches. Le nombre de répondants ayant indiqué n'avoir personne ou qu'une seule personne sur qui compter est particulièrement frappant (tableau 2.12). Chez les 75 ans et plus, qui ont tendance à être plus vulnérables en raison de l'accroissement rapide de la probabilité d'être invalide, 39,9 % des femmes vivant seules et 46,6 % des hommes vivant seuls ont indiqué soit n'avoir aucun membre de la famille duquel ils se sentaient proches, soit n'en avoir qu'un seul. Les proportions étaient encore plus élevées en ce qui a trait aux amis proches, s'établissant respectivement à 45,8 % et 52,0 %. Même si les personnes qui vivent avec d'autres ont plus souvent accès à des membres de la famille dans le ménage, il convient de noter que 13,9 % des hommes et 8,2 % des femmes âgés

TABLEAU 2.12 DISTRIBUTION EN POURCENTAGE[1] DES MEMBRES DE LA FAMILLE ET DES AMIS PROCHES, SELON L'ÂGE, LE SEXE ET LES MODALITÉS DE VIE, 1991

	Femmes			Hommes		
	55 à 64 ans	65 à 74 ans	75 ans et plus	55 à 64 ans	65 à 74 ans	75 ans et plus
NOMBRE DE MEMBRES DE LA FAMILLE PROCHES			Vivant avec d'autres			
0	5,0[2]	9,3	8,2	9,7	12,2	13,9
1	18,2	20,2	26,5	19,7	19,4	21,7
2 ou 3	31,0	32,0	32,4	29,5	28,9	32,2
4 et plus	45,8	38,5	32,9	41,0	39,5	32,2
			Vivant seuls			
0	16,0	7,7	14,0	25,0	23,5	21,2
1	21,3	25,9	25,3	25,8	23,4	25,4
2 ou 3	32,6	35,9	33,7	23,6	30,5	33,4
4 et plus	30,1	30,5	27,0	25,6	22,7	19,9
NOMBRE D'AMIS PROCHES			Vivant avec d'autres			
0	21,9	27,1	36,1	26,9	31,2	37,6
1	12,6	14,9	12,7	9,0	8,7	9,6
2 ou 3	35,9	32,0	30,1	30,7	23,3	20,1
4 et plus	29,6	26,0	21,1	33,4	36,8	32,6
			Vivant seuls			
0	21,0	20,3	29,5	33,6	28,7	36,4
1	17,1	16,7	16,3	9,3	13,2	15,6
2 ou 3	34,5	31,6	24,8	27,6	31,2	21,6
4 et plus	27,4	31,4	29,5	29,5	26,9	26,4

1. Les pourcentages ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre à 100.
2. Pourcentage des femmes âgées de 55 à 64 ans ayant déclaré n'avoir aucun membre de la famille proche.
Source : Enquête sur le vieillissement et l'autonomie de 1991.

de 75 ans et plus et vivant avec d'autres personnes ont indiqué ne se sentir proche d'aucun membre de leur famille (tableau 2.13).

La proximité des amis et de la famille desquels la personne se sent le plus proche fournit plus de précision sur la disponibilité du soutien pour les personnes âgées (tableau 2.13). Comme on peut s'y attendre, les réseaux familiaux ont tendance à être davantage dispersés géographiquement que les réseaux d'amis. Parmi les personnes qui vivaient seules en 1991, au moins un tiers des femmes âgées de 75 ans et plus ont déclaré que le membre de la famille le plus proche vivait dans une autre ville; seulement 5 % ont dit la même chose de leurs plus proches amis. Encore une fois, les réponses les plus saisissantes sont venues des personnes vivant seules. Bien que la vraisemblance d'habiter dans le même quartier qu'un

Tableau 2.13 Distribution en pourcentage[1] des membres de la famille et des amis les plus proches, selon l'âge, le sexe et les modalités de vie, 1991

	Femmes			Hommes		
	55 à 64 ans	65 à 74 ans	75 ans et plus	55 à 64 ans	65 à 74 ans	75 ans et plus
PROXIMITÉ DU MEMBRE DE LA FAMILLE LE PLUS PROCHE	Vivant avec d'autres					
Aucun	5,0	9,3	8,2	9,8	12,2	13,9
Même ménage	44,7[2]	42,7	50,4	56,9	50,8	46,9
Même quartier	10,3	10,6	9,1	5,8	6,1	8,3
Même ville	19,3	19,0	15,9	13,5	16,3	15,2
Autre ville	20,6	18,3	16,4	13,9	14,6	15,6
	Vivant seuls					
Aucun	16,0	7,7	14,0	25,0	23,5	21,3
Même ménage	0,8	0,7	0,8	2,0	1,0	2,1
Même quartier	11,8	18,9	19,4	13,6	14,5	20,3
Même ville	34,2	35,3	33,8	30,7	28,4	29,2
Autre ville	37,1	37,4	31,9	28,6	32,6	27,2
PROXIMITÉ DE L'AMI LE PLUS PROCHE	Vivant avec d'autres					
Aucun	22,0	27,1	36,1	27,1	31,4	37,7
Même ménage	0,6	1,2	2,2	1,0	2,0	2,1
Même quartier	25,2	27,7	26,5	23,1	25,6	25,7
Même ville	36,1	28,4	26,5	32,3	30,1	27,0
Autre ville	16,0	15,6	8,6	16,5	11,0	7,5
	Vivant seuls					
Aucun	21,0	20,4	29,6	33,6	28,7	36,4
Même ménage	0,5	0,9	2,2	0,7	1,1	1,0
Même quartier	25,3	36,5	34,3	21,7	27,5	35,8
Même ville	35,6	30,0	28,3	32,0	29,0	21,1
Autre ville	17,7	12,2	5,7	11,9	13,6	5,6

1. Les pourcentages ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre à 100.
2. Pourcentage des femmes âgées de 55 à 64 ans dont le membre de la famille le plus proche fait partie du même ménage.
Source : Enquête sur le vieillissement et l'autonomie de 1991.

membre proche de la famille augmente avec l'âge, seulement 20 % des hommes et des femmes âgés de 75 ans et plus pouvaient compter sur un membre proche de la famille vivant dans le même quartier, et seulement 35 % vivaient dans le même quartier que leur ami le plus proche. Bien que ce type d'analyse ne soit pas définitif, il brosse néanmoins un tableau précis de la situation d'une proportion importante de la population âgée — ces personnes vivent seules et elles ne disposent que de peu de ressources sur lesquelles elles peuvent compter en cas de besoin.

Cela signifie qu'un grand nombre de ces personnes devront se tourner vers les organismes officiels pour obtenir de l'aide et, comme il s'agit en grande proportion de personnes à faible revenu, les principaux fournisseurs de services seront des organismes publics.

2.2 LA MIGRATION ET LA MOBILITÉ

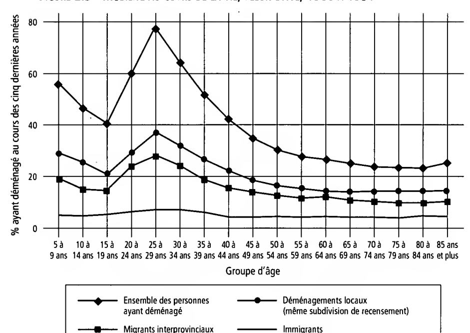
La société canadienne est mobile. Bien que les personnes âgées soient moins sujettes à déménager que les plus jeunes, elles affichent néanmoins une tendance importante en cette matière, que ce soit à l'intérieur d'une même ville ou vers une autre province. Nous nous intéresserons ici aux déménagements relativement permanents, qui ont pour effet de modifier la répartition et les caractéristiques de la population. Un grand nombre de personnes, en particulier les aînés, font également des déplacements saisonniers qui, de toute évidence, influent dans une certaine mesure sur l'utilisation des services locaux. Les données sur ce type de mouvements sont toutefois insuffisantes pour étayer une analyse efficace[6].

Au fil des ans, le profil de migration des personnes âgées[7] a différé de celui de la population d'âge actif. Cette dernière a été manifestement influencée par la fluctuation des taux de croissance économique et des possibilités de prospérité personnelle; le mouvement du pendule s'est ainsi fait de l'Alberta, durant le boom pétrolier des années 70, vers l'Ontario, durant la majeure partie des années 80 et, plus récemment, vers la Colombie-Britannique. Pour les personnes âgées, par contre, la tendance s'est maintenue vers la Colombie-Britannique, bien qu'il y ait eu également de faibles mouvements nets entre d'autres provinces (Northcott, 1988; Bergob, 1995) (figure 2.3). Les mouvements nets les plus marqués ont été observés parmi les «jeunes» personnes âgées, dont le lieu de destination de choix est la Colombie-Britannique, bien que l'on observe également un petit nombre de déplacements de l'Ontario vers les provinces de l'Atlantique. Ces mouvements témoignent de l'attrait que présentent les hivers plus doux de la côte Ouest et du phénomène de la migration des personnes qui, après avoir migré en Ontario, retournent dans les provinces de l'Atlantique au moment de la retraite (Newbold, 1993).

Parmi les groupes d'âge plus avancés, l'importance des mouvements nets diminue; en fait, le ratio de migration[8] pour ce qui est des mouvements interprovinciaux passe de 0,317 parmi les 55 à 64 ans à 0,140 chez les 75 ans et plus. Ces résultats montrent que les effets de la migration des aînés sur la répartition sont relativement plus marqués parmi la population plus jeune. La seule variante, lorsqu'on compare la population âgée aux moins de 65 ans, est le mouvement net persistant du Québec vers l'Ontario, bien que, en termes relatifs, ce mouvement soit faible.

La nature à long terme de ces profils, qui sont très similaires à ceux présentés par Northcott (1988) pour la période de 1976 à 1981, a un impact considérable sur la mobilité cumulative de la population âgée dans différentes provinces (tableau 2.14). Lorsqu'on passe de l'est vers l'ouest, on constate une variation considérable dans la proportion des personnes âgées qui, en 1991, étaient natives

FIGURE 2.3 MOBILITÉ AU COURS DE LA VIE, SELON L'ÂGE, 1986 À 1991



Source : Fichier de microdonnées à grande diffusion du Recensement du Canada de 1991.

de la province où elles séjournaient. À Terre-Neuve, par exemple, les profils de migration de sortie et d'entrée (limitée principalement aux personnes retournant chez elles après une absence prolongée) ont produit une population âgée en très grande partie native de la province et profondément intégrée à la collectivité. À l'autre extrémité du spectre se trouve la Colombie-Britannique, où seulement 20 % des personnes âgées et 12 % des 85 ans et plus étaient alors natifs de la province : le tiers des personnes âgées et 60 % des personnes de 85 ans et plus étaient des immigrants. Les autres provinces se situaient en cette matière quelque part entre Terre-Neuve et la Colombie-Britannique, les provinces Maritimes et le Québec comptant une forte proportion d'aînés natifs de la province. Il en était de même pour l'Ontario et l'Alberta où de 40 % à 50 % des aînés étaient nés dans la province. Enfin, le Manitoba et la Saskatchewan se situaient entre l'Ontario et les provinces Maritimes.

La principale conséquence de cette situation est que, dans les provinces où la proportion de personnes âgées nées localement est faible, il est difficile pour un grand nombre d'entre elles de compter sur un soutien direct et régulier de la part des membres de leur famille qui vivent trop loin. Dans ces régions, il est probable que les sources de soutien viendront davantage des réseaux d'amis et des organismes officiels. Il pourrait également y avoir un deuxième effet, plus subtil; les personnes qui se déplacent sont plus susceptibles d'avoir une vue plus large des services publics. Les attentes résultant de leurs expériences antérieures pourraient

TABLEAU 2.14 MOBILITÉ INTERPROVINCIALE NETTE DEPUIS LA NAISSANCE, EN POURCENTAGE[1], SELON L'ÂGE ET LE SEXE, 1991

Province ou territoire de résidence en 1991	Femmes Natives de la province	Femmes Nées dans une autre province	Femmes Immigrantes	Hommes Natifs de la province	Hommes Nés dans une autre province	Hommes Immigrants
	Pourcentage de la population âgée de 55 à 64 ans					
Terre-Neuve	97,5	2,4	0,2	96,9	2,7	0,5
Île-du-Prince-Édouard	90,7	4,9	4,3	94,3	3,2	2,6
Nouvelle-Écosse	91,4	6,3	2,3	92,4	5,5	2,1
Nouveau-Brunswick	94,7	4,3	1,0	93,8	4,5	1,7
Québec	83,0	4,7	12,3	81,7	4,3	14,0
Ontario	49,6	13,5	36,9	47,5	13,9	38,6
Manitoba	64,4	17,4	18,2	66,3	15,5	18,2
Saskatchewan	80,7	10,5	8,8	81,2	9,9	8,9
Alberta	43,4	30,7	25,9	41,1	31,2	27,7
Colombie-Britannique	22,7	42,3	35,0	23,2	41,6	35,2
Yukon et Territoires du Nord-Ouest	84,4	11,1	4,4	79,7	8,7	11,6
	Pourcentage de la population âgée de 65 à 74 ans					
Terre-Neuve	96,0	3,6	0,4	98,1	1,5	0,4
Île-du-Prince-Édouard	91,8	6,4	1,8	91,9	4,4	3,7
Nouvelle-Écosse	90,5	7,5	2,0	92,0	6,0	2,0
Nouveau-Brunswick	92,7	6,4	1,0	93,9	4,7	1,4
Québec	82,3	5,7	12,0	81,3	5,2	13,5
Ontario	50,7	15,0	34,3	49,6	14,1	36,3
Manitoba	62,2	16,4	21,4	68,7	12,9	18,3
Saskatchewan	78,5	10,2	11,2	83,7	7,5	8,9
Alberta	42,9	28,4	28,7	44,8	27,7	27,5
Colombie-Britannique	20,4	45,9	33,7	21,9	44,0	34,1
Yukon et Territoires du Nord-Ouest	85,7	10,7	3,6	86,2	3,5	10,4
	Pourcentage de la population âgée de 75 à 84 ans					
Terre-Neuve	98,2	1,8	0,0	99,0	1,0	0,0
Île-du-Prince-Édouard	94,8	3,5	1,7	96,1	2,6	1,3
Nouvelle-Écosse	95,0	4,2	0,8	90,6	7,9	1,5
Nouveau-Brunswick	93,6	5,8	0,6	93,9	5,1	1,0
Québec	81,8	6,3	11,9	79,3	5,7	15,0
Ontario	52,7	13,9	33,4	50,0	12,9	37,1
Manitoba	64,3	12,3	23,4	61,3	15,0	23,7
Saskatchewan	68,0	13,1	18,8	67,9	10,2	21,9
Alberta	40,1	26,5	33,4	40,3	27,1	32,6
Colombie-Britannique	19,4	45,1	35,5	21,1	42,3	36,7
Yukon et Territoires du Nord-Ouest	80,0	20,0	0,0	87,5	6,3	6,3
	Pourcentage de la population âgée de 85 ans et plus					
Terre-Neuve	98,2	1,9	0,0	96,6	3,5	0,0
Île-du-Prince-Édouard	79,3	20,7	0,0	94,7	5,3	0,0
Nouvelle-Écosse	94,1	4,7	1,2	94,4	1,4	4,2
Nouveau-Brunswick	85,6	11,7	2,7	83,6	14,6	1,8
Québec	73,5	6,3	20,2	76,6	4,8	18,6
Ontario	45,8	10,1	44,1	44,3	7,8	48,0
Manitoba	43,8	13,8	42,4	39,0	8,1	52,9
Saskatchewan	31,5	22,5	46,1	26,5	22,3	51,2
Alberta	15,0	23,6	61,4	14,7	20,3	65,0
Colombie-Britannique	13,0	26,3	60,7	11,9	29,4	58,7
Yukon et Territoires du Nord-Ouest	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0

1. Les pourcentages ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre à 100.

Source : Fichier de microdonnées à grande diffusion du Recensement du Canada de 1991.

se transférer au nouveau lieu de résidence et susciter des pressions pour que des changements soient apportés à la prestation des services sociaux.

Si l'on analyse maintenant la mobilité dans une perspective à plus court terme, il y aurait lieu d'examiner l'effet des migrations et des mouvements locaux sur la vie récente des personnes âgées. Même si les personnes âgées sont moins sujettes à déménager ou à migrer que les plus jeunes (Rogers, 1988) (figure 2.3), leur tendance à déménager est loin d'être négligeable. Même parmi les 80 ans et plus, plus du quart de tous les locataires et 15 % des propriétaires ont déménagé entre 1986 et 1991 (tableau 2.15). Certes, les personnes âgées sont moins touchées par les événements importants de la vie qui sont associés à la formation d'un ménage et à l'activité sur le marché du travail et qui incitent les plus jeunes à déménager ou à migrer.

Cependant, il existe également d'autres effets et événements qui sont importants pour les personnes âgées (Wiseman, 1980; Litwak et Longino, 1987). Ainsi, la retraite — que ce soit en prévision ou à la suite de cet événement — joue un rôle déterminant, en particulier parce qu'elle encourage les déplacements motivés par la recherche d'agréments tels qu'un climat moins rigoureux, de plus beaux panoramas ou un plus grand potentiel récréatif. Ce sont souvent là les motifs d'un déménagement en Colombie-Britannique, à l'Île-du-Prince-Édouard et dans les régions de Niagara et Muskoka en Ontario. À mesure que les mouvements dans ces régions s'intensifient, l'infrastructure visant à appuyer une vie active chez les personnes âgées s'améliore elle aussi, ce qui a pour effet d'attirer d'autres gens. Les personnes qui déménagent sont en meilleure situation financière que ceux qui ne migrent pas, et elles sont également plus susceptibles de former des couples intacts et en santé.

À un âge plus avancé, la modification de l'état de santé et la perte d'autonomie créent une nouvelle série de pressions et engendrent un nouveau type de déplacements. Les personnes très âgées doivent souvent déménager dans des logements plus petits, lorsqu'il devient difficile pour elles d'entretenir une grande maison et un grand terrain, ainsi que dans des régions qui offrent un soutien social adéquat. Quand il leur est difficile de prendre soin d'un conjoint ou d'une conjointe qui vieillit, ou que le conjoint meurt ou est placé en établissement, les personnes très âgées déménagent souvent pour se rapprocher d'amis de longue date et de membres de la famille qui pourraient leur procurer le soutien nécessaire (Litwak et Longino, 1987).

Aucun changement soudain ne caractérise la structure de la mobilité avec l'âge; il se crée plutôt un changement continu dans la répartition des motifs de déplacement (tableau 2.16)[9]. Le changement le plus significatif consiste en l'augmentation des déplacements ayant pour but de se rapprocher des sources de soutien social : leur proportion passe ainsi de 11,9 % dans le groupe des 65 à 69 ans à 28,2 % chez les 75 ans et plus. Les déménagements motivés par la recherche de nouvelles modalités de vie, lesquels reflètent souvent l'évolution des besoins et de la capacité à assumer l'entretien de la maison, demeurent importants dans l'ensemble des groupes d'âge. Même les déménagements motivés par la recherche d'agréments représentent encore 8,8 % des déplacements chez les 75 ans et

TABLEAU 2.15 MOBILITÉ[1] DES PERSONNES DE 55 À 64 ANS ET DES PERSONNES ÂGÉES, EN POURCENTAGE, SELON L'ÂGE, LE SEXE ET LE MODE D'OCCUPATION DU LOGEMENT, 1991

	FEMMES				HOMMES			
Groupe d'âge	Femmes non mobiles[2]	Déplacements locaux[3]	Migrantes au Canada[4]	Immigrantes[5]	Hommes non mobiles	Déplacements locaux	Migrants au Canada	Immigrants
	Propriétaires							
55 à 59 ans	79,5	9,1	10,1	1,4	79,9	9,0	10,0	1,1
60 à 64 ans	80,7	7,7	10,2	1,4	81,0	7,3	10,5	1,2
65 à 69 ans	82,4	7,1	9,2	1,3	82,8	6,5	9,7	1,0
70 à 74 ans	85,1	6,3	7,5	1,2	85,1	5,9	7,9	1,1
75 à 79 ans	85,3	6,6	7,1	1,1	86,1	6,0	7,2	0,8
80 à 84 ans	85,2	7,2	6,2	1,3	87,7	6,1	5,4	0,8
85 ans et plus	82,1	7,7	8,5	1,8	84,6	7,6	6,4	1,4
	Locataires							
55 à 59 ans	48,6	31,6	15,1	4,6	47,0	31,1	17,5	4,4
60 à 64 ans	52,9	29,1	14,4	3,6	51,9	29,3	15,6	3,1
65 à 69 ans	55,9	27,3	14,3	2,5	52,1	28,5	16,1	3,3
70 à 74 ans	61,9	24,1	12,5	1,5	59,3	24,0	14,0	2,6
75 à 79 ans	66,2	21,8	11,1	0,9	61,0	25,6	12,2	1,2
80 à 84 ans	70,0	19,3	10,1	0,5	66,5	19,2	12,8	1,5
85 ans et plus	73,4	17,4	8,3	0,8	63,8	22,1	13,0	1,1

1. La mobilité correspond aux déplacements effectués par le répondant entre 1986 et 1991.
2. Les personnes non mobiles s'entendent des personnes qui habitaient le même logement en 1986 et 1991.
3. Les déplacements locaux désignent les déménagements effectués à l'intérieur de la même subdivision de recensement entre 1986 et 1991.
4. Les migrants au Canada désignent les personnes qui ont déménagé dans une autre subdivision de recensement entre 1986 et 1991.
5. Les immigrants s'entendent des personnes qui ont immigré au Canada entre 1986 et 1991.

Source : Fichier de microdonnées à grande diffusion du Recensement du Canada de 1991.

Tableau 2.16 Motifs de déménagement invoqués par les personnes de 55 à 64 ans et les personnes âgées, selon l'âge, 1991

Motifs de déménagement	55 à 59 ans	60 à 64 ans	65 à 69 ans	70 à 74 ans	75 ans et plus
	Groupe d'âge				
			%		
Soutien	8,7	11,9	18,6	19,7	28,2
Agréments	9,8	5,8	7,0	15,6	8,8
Logement	33,5	24,9	28,9	25,8	27,1
Retraite	7,0	16,3	17,6	10,8	5,9
Séparation ou divorce	7,2	6,6	5,9	6,9	8,7
Raisons financières	10,4	8,9	10,7	7,6	6,9
Emploi	7,0	10,0	1,2	0,3	1,0
Autres	16,4	15,6	10,0	13,3	13,5
Nombre de déménagements	304 681	299 502	281 898	188 537	220 275

Source : Enquête sur le vieillissement et l'autonomie de 1991.

plus. Enfin, un grand nombre des déplacements reliés à la santé sont en fait des migrations de retour vers un lieu où la personne a vécu avant la retraite.

La propension à déménager, pour quelque raison que ce soit, diminue graduellement avec l'âge (tableau 2.15). Cependant, comme dans le cas des populations plus jeunes, les écarts les plus grands se remarquent entre locataires et propriétaires. Ainsi, le plus grand attachement au lieu de résidence et les frais de déménagement beaucoup plus élevés rendent les propriétaires beaucoup moins susceptibles de déménager, et ce quel que soit leur âge. Qui plus est, comme plus de 70 % des personnes âgées qui sont propriétaires ont purgé leur hypothèque, rester chez soi s'avère souvent la solution la moins coûteuse (Moore et Rosenberg, 1993). Seulement de 15 % à 20 % des propriétaires âgés des deux sexes ont déménagé entre 1986 et 1991. Le pourcentage des sédentaires a augmenté de façon soutenue entre le groupe des 55 à 59 ans et celui des 80 à 84 ans. Les personnes les plus âgées ont été beaucoup plus susceptibles de déménager avec d'autres membres de la famille. C'est également à cet âge que la propension à être placé en établissement est la plus forte; cependant, les données du recensement sur la migration ne portent que sur les déplacements des personnes vivant dans des ménages.

Le profil est différent chez les locataires (tableau 2.15), dont une plus forte proportion sont des personnes qui ont déménagé récemment (de 30 % à 50 % entre 1986 et 1991). Dans ce groupe, l'effet de l'âge est beaucoup plus marqué que chez les propriétaires. Ainsi, alors que 51,4 % des femmes locataires âgées de 55 à 59 ans ont déménagé durant la période de référence, la proportion n'a été que de 26,4 % chez les 85 ans et plus (hors établissements). De toute évidence, un nombre important de personnes quittent la collectivité pour aller vivre en établissement, mais nous ne possédons à l'heure actuelle aucune méthode satisfaisante pour estimer leur nombre[10]. Parmi les adultes vivant dans la collectivité qui ont déménagé entre 1986 et 1991, les locataires ont été proportionnellement deux

TABLEAU 2.17 DISTRIBUTION EN POURCENTAGE DE LA MOBILITÉ[1] DES PERSONNES DE 55 À 64 ANS ET DES PERSONNES ÂGÉES, SELON L'ÂGE, LE SEXE ET L'ÉTAT MATRIMONIAL, 1991

Groupe d'âge	Femmes				Hommes			
	Femmes non mobiles[2]	Déplacements locaux[3]	Migrantes au Canada[4]	Immigrantes[5]	Hommes non mobiles	Déplacements locaux	Migrants au Canada	Immigrants
	Mariés							
55 à 59 ans	76,8[6]	10,5	10,8	1,9	76,0	11,4	10,8	1,8
60 à 64 ans	77,8	9,5	11,0	1,7	77,3	9,8	11,2	1,7
65 à 69 ans	79,4	9,4	9,8	1,4	78,2	9,4	10,8	1,5
70 à 74 ans	81,8	8,7	8,8	0,8	80,6	8,7	9,1	1,6
75 à 79 ans	81,6	9,4	8,5	0,5	81,4	9,8	7,9	0,9
80 à 84 ans	81,6	9,3	8,2	0,9	83,4	8,7	7,0	1,0
85 ans et plus	81,5	11,2	6,6	0,7	80,4	11,3	7,3	1,0
	Célibataires							
55 à 59 ans	69,5	19,4	9,4	1,7	71,5	18,5	9,4	0,6
60 à 64 ans	71,4	17,5	8,8	2,3	74,9	15,7	9,0	0,4
65 à 69 ans	73,4	15,5	10,1	1,0	73,8	16,1	9,8	0,3
70 à 74 ans	79,5	13,4	6,8	0,4	80,0	12,5	7,1	0,4
75 à 79 ans	82,1	12,1	5,5	0,3	79,5	13,0	7,2	0,3
80 à 84 ans	84,0	10,0	5,7	0,2	85,6	8,7	5,1	0,5
85 ans et plus	78,4	15,0	5,2	1,4	72,6	12,8	12,8	1,7

1. La mobilité correspond aux déplacements effectués par le répondant entre 1986 et 1991.
2. Les personnes non mobiles s'entendent des personnes qui habitaient le même logement en 1986 et 1991.
3. Les déplacements locaux désignent les déménagements effectués à l'intérieur de la même subdivision de recensement entre 1986 et 1991.
4. Les migrants au Canada désignent les personnes qui ont déménagé dans une autre subdivision de recensement entre 1986 et 1991.
5. Les immigrants s'entendent des personnes qui ont immigré au Canada entre 1986 et 1991.
6. Les pourcentages ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre à 100.
Source : Fichier de microdonnées à grande diffusion du Recensement du Canada de 1991.

(... suite)

TABLEAU 2.17 DISTRIBUTION EN POURCENTAGE DE LA MOBILITÉ[1] DES PERSONNES DE 55 À 64 ANS ET DES PERSONNES ÂGÉES, SELON L'ÂGE, LE SEXE ET L'ÉTAT MATRIMONIAL, 1991 (SUITE)

	Femmes				Hommes			
Groupe d'âge	Femmes non mobiles[2]	Déplacements locaux[3]	Migrantes au Canada[4]	Immigrantes[5]	Hommes non mobiles	Déplacements locaux	Migrants au Canada	Immigrants
				Veufs				
55 à 59 ans	66,6	18,6	11,1	3,7	72,0	15,1	8,9	4,0
60 à 64 ans	68,9	17,1	11,1	2,9	69,7	15,9	12,2	2,1
65 à 69 ans	70,3	15,9	11,3	2,4	73,5	14,2	9,7	2,6
70 à 74 ans	73,9	14,8	9,2	2,1	75,9	13,2	9,6	1,3
75 à 79 ans	75,5	14,2	8,9	1,4	76,5	13,3	9,7	0,6
80 à 84 ans	77,5	13,7	7,7	1,0	75,2	13,0	10,6	1,2
85 ans et plus	78,2	11,7	8,9	1,2	76,2	13,7	8,4	1,7
				Divorcés ou séparés				
55 à 59 ans	53,7	30,3	14,6	1,3	53,1	26,0	19,9	1,1
60 à 64 ans	57,8	26,5	14,3	1,4	57,5	25,1	16,5	0,9
65 à 69 ans	59,9	24,4	14,2	1,6	59,3	24,0	15,9	0,8
70 à 74 ans	65,7	19,2	13,5	1,6	66,4	21,0	12,4	0,2
75 à 79 ans	70,4	16,9	11,9	0,8	61,4	20,1	16,9	1,6
80 à 84 ans	64,0	17,3	17,3	1,3	76,7	17,1	4,7	1,6
85 ans et plus	70,9	12,7	12,7	3,6	66,1	12,9	21,0	0,0

1. La mobilité correspond aux déplacements effectués par le répondant entre 1986 et 1991.
2. Les personnes non mobiles s'entendent des personnes qui habitaient le même logement en 1986 et 1991.
3. Les déplacements locaux désignent les déménagements effectués à l'intérieur de la même subdivision de recensement entre 1986 et 1991.
4. Les migrants au Canada désignent les personnes qui ont déménagé dans une autre subdivision de recensement entre 1986 et 1991.
5. Les immigrants s'entendent des personnes qui ont immigré au Canada entre 1986 et 1991.
6. Les pourcentages ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre à 100.

Source : Fichier de microdonnées à grande diffusion du Recensement du Canada de 1991.

fois plus nombreux à déménager dans la région qu'à migrer. Les marchés locatifs sont beaucoup plus souples que ceux de la propriété et les déménagements, dans le premier cas, sont plus faciles et moins coûteux. Pour l'ensemble de la population, les déménagements d'une unité de location à une autre sont beaucoup plus susceptibles de se faire au sein d'une même région qu'entre deux régions éloignées.

D'autres liens entre les variables sociodémographiques et la mobilité interviennent dans le contexte du logement. Ainsi, les personnes âgées qui vivent encore avec leur conjoint sont les plus susceptibles de demeurer dans un lieu qui leur appartient et les moins susceptibles de déménager (tableau 2.17). À l'opposé, les personnes célibataires, divorcées ou veuves sont plus susceptibles d'être locataires, même si leur situation démographique est probablement stable. Ces facteurs influent fortement sur la vraisemblance qu'elles déménagent; de plus, les célibataires sont plus susceptibles de déménager localement que de migrer.

Les personnes veuves ainsi que les personnes divorcées ou séparées sont elles aussi proportionnellement plus nombreuses à déménager, car ces deux groupes sont plus susceptibles d'être à faible revenu et locataires. Le déménagement est une réaction probable chez les personnes dont le mariage vient de prendre fin et, à cet égard, les personnes divorcées ou séparées ont davantage tendance à déménager que les personnes veuves. Or, compte tenu de l'accroissement du taux de divortialité chez les plus jeunes et du taux modeste de remariage (Ram, 1990), il est probable que la taille de la population âgée divorcée continuera d'augmenter au cours des 20 prochaines années ce qui, en retour, se traduira par une plus grande mobilité chez les aînés. Parallèlement, toutefois, la longévité accrue des hommes signifiera qu'une plus forte proportion de couples resteront intacts à un âge plus avancé, ce qui neutralisera les effets du divorce, puisque les couples intacts forment les groupes les moins mobiles.

Il faut toutefois éviter de tomber dans le piège et présumer qu'un taux plus élevé de mobilité résidentielle soit nécessairement indésirable sur le plan social. Un taux modeste de mobilité est en effet nécessaire pour permettre aux gens de s'adapter à l'évolution de leur situation personnelle. Trois types de situation produisent du stress : les déménagements imposés à une personne à cause de circonstances qui échappent à sa volonté (par exemple une expulsion ou l'incapacité de payer le loyer); les situations susceptibles ou non d'être précipitées par d'autres événements comme une maladie ou la perte d'un conjoint; et l'incapacité de déménager en raison du manque de possibilités ou de ressources financières. Le stress résultant de ces déménagements forcés ou empêchés est plus susceptible de se manifester chez les personnes dont le revenu est limité (Moore et Clark, 1987). On remarque notamment chez les personnes âgées une propension à devenir en quelque sorte «forcées» de demeurer dans leur maison située en région éloignée, qu'elles n'ont les moyens ni de vendre ni d'entretenir adéquatement. Cette situation pourrait se répandre avec le vieillissement de la population croissante dans les banlieues des régions métropolitaines (Golant, 1992). Avec la perte d'autonomie de cette population, l'absence de transport public rend l'accès aux services de santé et aux services sociaux plus difficile; or si cette population ne

peut aller s'installer dans des régions plus centrales, il y aura augmentation des coûts par habitant de la prestation des services.

Un des principaux points qui ressort des ouvrages sur le vieillissement concerne les déménagements des personnes âgées qui veulent se rapprocher de services de soutien social. Comme nous l'avons indiqué précédemment, ce phénomène survient souvent à un âge plus avancé, lorsque les personnes commencent à éprouver de la difficulté avec les activités de la vie quotidienne, et la fréquence de ces déménagements motivés par la recherche de soutien social augmente sensiblement avec l'âge (tableau 2.16). Ces mouvements ont également des répercussions sur les relations qui se créent entre la personne âgée et les membres de sa famille ou ses amis proches vivant au lieu de destination (tableau 2.18). Les personnes qui déménagent pour se rapprocher d'un membre proche de la famille et y trouver un soutien laissent souvent des amis. À la suite du déménagement, leur ami le plus proche se trouvera souvent dans une autre ville. En d'autres mots, le déménagement motivé par la recherche de soutien s'avère souvent un compromis entre la famille et les amis. De fait, les personnes qui déménagent pour trouver un soutien ont tendance à se dire moins satisfaites de leur vie après le déménagement que d'autres (McGuinness, 1996) — un état qui peut être imputable autant à la perte de relations sociales qu'à la diminution de leurs capacités fonctionnelles.

TABLEAU 2.18 PROXIMITÉ DU MEMBRE DE LA FAMILLE OU DE L'AMI LE PLUS PROCHE POUR LES PERSONNES DE 75 ANS ET PLUS QUI ONT DÉMÉNAGÉ ENTRE 1986 ET 1991, SELON LE GENRE DE DÉMÉNAGEMENT

	Aucun déménagement	Autre déménagement	Déménagement motivé par la recherche de soutien
PROXIMITÉ DU MEMBRE DE LA FAMILLE LE PLUS PROCHE			
	Répondants non mariés (%)		
Même ménage	21,4	22,7	35,4
Même quartier	18,6	17,1	16,6
Même ville	30,5	30,4	29,9
Autre ville	29,5	29,8	18,1
PROXIMITÉ DE L'AMI LE PLUS PROCHE			
	Ensemble des répondants (%)		
Même ménage	3,8	0,4	6,4
Même quartier	45,3	44,7	26,3
Même ville	42,1	41,3	40,6
Autre ville	8,8	13,6	26,7

Source : Enquête sur le vieillissement et l'autonomie de 1991.

2.2.1 Le modèle de migration

Les facteurs sociodémographiques qui influent sur la migration interagissent les uns avec les autres, et il nous faut les intégrer dans une structure à plusieurs variables pour en évaluer l'importance relative. Comme les ouvrages théoriques sur la migration indiquent que l'importance des différents processus varie selon l'âge (Wiseman, 1990), nous avons décidé de mener trois analyses distinctes en utilisant la méthode de régression logistique (tableaux 2.19 et 2.20). La première porte sur des personnes de 55 à 64 ans dont la majorité n'avaient pas encore pris leur retraite et qui, pour la plupart, estimaient cruciale leur participation à la population active. La deuxième analyse porte sur les personnes âgées de 65 à 74 ans pour lesquelles les déménagements motivés par la recherche d'agréments revêtaient la plus grande importance et chez lesquelles les migrations avaient tendance à être fortement associées aux couples intacts. Enfin, la troisième analyse concerne les personnes de 75 ans et plus, qui accordaient la plus grande importance aux déménagements justifiés par la recherche de soutien (Litwak et Longino, 1987).

Dans le groupe des préretraités (55 à 64 ans), les femmes étaient proportionnellement beaucoup moins nombreuses que les hommes à migrer; or comme la moitié du couple qui déménage est habituellement une femme, ces résultats témoignent d'une tendance chez les femmes qui vivent seules ou qui sont chefs de famille monoparentale à être moins susceptibles de migrer. La participation au marché du travail était le facteur dissuasif le plus marqué à l'égard de la migration. Cependant, les personnes se situant dans les catégories supérieures de revenu et d'instruction ont été proportionnellement beaucoup plus nombreuses à migrer (le coefficient de mobilité pour les personnes à faible revenu est négatif alors qu'il est fortement positif pour celles qui ont fait des études postsecondaires). Il s'agit également du seul modèle où une limitation fonctionnelle grave a eu un effet dissuasif sur la migration (voir le chapitre 4 pour connaître la définition de «grave»).

Parmi les 65 à 74 ans, les femmes ont été là encore moins susceptibles d'avoir migré récemment et une forte corrélation négative a été observée entre le fait de vivre seul et la migration. Les risques relatifs approchés associés aux variables du revenu montrent une probabilité de migration beaucoup plus élevée chez les personnes à revenu élevé que chez celles à revenu faible ou modéré. Dans ce groupe d'âge, comparativement au groupe précédent, les études postsecondaires se sont avérées un facteur de différenciation encore plus marqué entre migrants et non-migrants. Une corrélation faiblement positive a été établie entre la migration et la participation à la vie active, ce qui laisse croire que les migrants ont été proportionnellement plus nombreux à continuer de travailler une fois arrivés à destination que les personnes qui n'ont pas migré. Enfin, les résidents des régions rurales ont été proportionnellement beaucoup moins nombreux à migrer.

Dans le groupe des 75 ans et plus, la vraisemblance de migrer pour les femmes a, encore une fois, été nettement moins élevée. Cependant, le fait de vivre seule s'est révélé un facteur plus important dans ce groupe que chez les plus jeunes, ce qui indique que le veuvage est devenu une cause plus importante de migration.

TABLEAU 2.19 MODÈLES DE RÉGRESSION LOGISTIQUE — CORRÉLATS DE LA MIGRATION

Variable dépendante

MIGRATION DÉSIGNANT LES RÉPONDANTS VIVANT DANS UNE SUBDIVISION DE RECENSEMENT DIFFÉRENTE D'IL Y A CINQ ANS

	Population de 55 à 64 ans		Population de 65 à 74 ans		Population de 75 ans et plus	
Variables indépendantes[1]	Risque relatif	Niveau de signification	Risque relatif	Niveau de signification	Risque relatif	Niveau de signification
	Sans variables régionales					
Femme	0,738	– – –[2]	0,831	– – –	0,572	– – –
Vivant seul	1,029	NS[3]	0,663	– – –	1,173	+
Revenu de la famille de recensement (en milliers de dollars)	0,855	NS	0,418	– – –	0,195	– – –
Revenu de la famille de recensement, au carré	0,989	NS	1,100	+ + +	1,271	+ + +
Faible revenu	0,761	– –	0,864	NS	0,500	– – –
Études postsecondaires	1,649	+ + +	3,003	+ + +	0,897	NS
Classification de la profession	1,074	NS				
Actif	0,556	– – –	1,128	NS	2,405	+ + +
Indicateurs de la taille du lieu de résidence (catégorie de référence = répondant vivant dans une autre région urbaine)						
Région métropolitaine de recensement	0,938	NS	0,935	NS	1,016	NS
Région rurale	0,889	NS	0,616	– – –	0,546	– – –
Incapacité (catégorie de référence = répondant n'ayant aucune incapacité)						
Incapacité légère ou modérée	0,914	NS	1,106	NS	1,520	+ + +
Incapacité grave	0,800	–	0,956	NS	1,161	NS
Nombre d'observations	19 587		19 898		14 250	

1. Voir le tableau 2.20 pour une définition des variables.
2. Pour + + + et – – –, le niveau de signification est 0,001;
   pour + + et – –, il est 0,01;
   pour + et –, il est 0,05;
   pour chacun des modèles, la valeur chi carré est significative si $p < 0,0001$.
3. Non significatif.

Source : Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1986.

(... suite)

Tableau 2.19 Modèles de régression logistique — Corrélats de la migration (suite)

Variable dépendante

Migration désignant les répondants vivant dans une subdivision de recensement différente d'il y a cinq ans

Variables indépendantes[1]	Population de 55 à 64 ans		Population de 65 à 74 ans		Population de 75 ans et plus	
	Risque relatif	Niveau de signification	Risque relatif	Niveau de signification	Risque relatif	Niveau de signification
	Avec variables régionales					
Femme	0,744	– – –[2]	0,837	– – –	0,569	– – –
Vivant seul	1,022	NS[3]	0,641	– – –	1,227	+ +
Revenu de la famille de recensement	0,858	NS	0,406	– – –	0,195	– – –
Revenu de la famille de recensement, au carré	0,988	NS	1,105	+ + +	1,271	+ + +
Faible revenu	0,759	– –	0,876	NS	0,486	– – –
Études postsecondaires	1,58	+ + +	2,925	+ + +	0,877	NS
Classification de la profession	1,077	NS				
Actif	0,569	– – –	1,169	+	2,509	+ + +
Indicateurs de la taille du lieu de résidence (catégorie de référence = répondant vivant dans une autre région urbaine)						
Région métropolitaine de recensement	0,908	NS	0,912	NS	0,978	NS
Région rurale	0,928	NS	0,683	– – –	0,55	– – –
Incapacité (catégorie de référence = répondant n'ayant aucune incapacité)						
Incapacité légère ou modérée	0,933	NS	1,105	NS	1,559	+ + +
Incapacité grave	0,822	NS	0,954	NS	1,193	NS
Indicateurs régionaux (catégorie de référence = répondant vivant en Colombie-Britannique)						
Provinces de l'Atlantique	0,369	– – –	0,31	– – –	0,798	NS
Québec	0,557	– – –	0,422	– – –	0,862	NS
Ontario	0,579	– – –	0,557	– – –	0,69	– – –
Provinces des Prairies	0,467	– – –	0,405	– – –	0,554	– – –
Nombre d'observations	19 587		19 898		14 250	

1. Voir le tableau 2.20 pour une définition des variables.
2. Pour + + + et – – –, le niveau de signification est 0,001;
   pour + + et – –, il est 0,01;
   pour + et –, il est 0,05;
   pour chacun des modèles, la valeur chi carré est significative si $p < 0{,}0001$.
3. Non significatif.

Source : Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1986.

Tableau 2.20 Variables des analyses de régression logistique tirées du fichier de microdonnées à grande diffusion de 1991 et de l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1986

VARIABLES TIRÉES DU FICHIER DE MICRODONNÉES À GRANDE DIFFUSION DE 1991

Variables dépendantes

1. Faible revenu	1 = Répondant vivant sous le seuil de faible revenu; 0 = autres

Variables indépendantes

Indicateurs sociodémographiques :	
1. Âge	Années d'âge, de 65 ans à 85 ans
2. Âge, au carré	Âge au carré du répondant
3. Femme	1 = Le répondant est une femme; 0 = autres
4. Années de scolarité	Années totales d'études primaires, secondaires, universitaires et d'autres études postsecondaires
5. Diplôme universitaire	1 = Le répondant est titulaire d'un baccalauréat ou d'un premier diplôme à finalité professionnelle; 0 = autres
Modalités de vie : catégorie de référence = répondant vivant avec un conjoint	
6. Vivant seul	1 = Le répondant vit seul; 0 = autres
7. Vivant avec d'autres	1 = Le répondant vit avec une personne autre que son conjoint; 0 = autres
Situation vis-à-vis de l'activité : catégorie de référence = répondant ne travaillant pas en 1990	
8. Travail à temps plein	1 = Répondant travaillant principalement à temps plein en 1990
9. Travail à temps partiel	1 = Répondant travaillant principalement à temps partiel en 1990
10. Femmes vivant seules	1 = Femmes vivant seules; 0 = autres
Indicateur de la taille du lieu de résidence :	
11. Région métropolitaine de recensement	1 = Le répondant vit dans une région métropolitaine de recensement; 0 = autres
Indicateurs régionaux : catégorie de référence = répondant vivant en Colombie-Britannique	
12. Provinces de l'Atlantique	1 = Répondant vivant à Terre-Neuve, à l'Île-du-Prince-Édouard, en Nouvelle-Écosse ou au Nouveau-Brunswick; 0 = autres
13. Québec	1 = Répondant vivant au Québec; 0 = autres
14. Ontario	1 = Répondant vivant en Ontario; 0 = autres
15. Provinces des Prairies	1 = Répondant vivant au Manitoba, en Saskatchewan ou en Alberta

VARIABLES TIRÉES DE L'ENQUÊTE SUR LA SANTÉ ET LES LIMITATIONS D'ACTIVITÉS DE 1986

Variables dépendantes

1. Migration	1 = Répondant vivant dans une subdivision de recensement différente d'il y a cinq ans

Variables indépendantes

Indicateurs sociodémographiques :	
1. Femme	1 = Le répondant est une femme; 0 = autres
2. Vivant seul	1 = Le répondant vit seul; 0 = autres
3. Revenu de la famille de recensement	Revenu de la famille de recensement, en milliers de dollars (les valeurs varient de 0 à 5 — indiquant un revenu familial de 50 000 $)

(... suite)

TABLEAU 2.20 VARIABLES DES ANALYSES DE RÉGRESSION LOGISTIQUE TIRÉES DU FICHIER DE MICRODONNÉES À GRANDE DIFFUSION DE 1991 ET DE L'ENQUÊTE SUR LA SANTÉ ET LES LIMITATIONS D'ACTIVITÉS DE 1986 (SUITE)

4. Revenu de la famille de recensement, au carré	Revenu de la famille de recensement au carré (valeurs entre 0 et 25)
5. Faible revenu	1 = Répondant sous le seuil de faible revenu; 0 = autres
6. Études postsecondaires	1 = Répondant titulaire d'un baccalauréat ou d'un premier diplôme à finalité professionnelle; 0 = autres
7. Classification de la profession	1 = Le répondant occupe un poste de cadre supérieur, de cadre intermédiaire ou un autre poste de gestionnaire ou exerce une profession dans une catégorie de profession appliquant l'équité en matière d'emploi; 0 = autres
8. Actif	1 = Le répondant a travaillé pour la dernière fois en 1986 (et fait actuellement partie de la population active); 0 = Le répondant a travaillé pour la dernière fois avant 1986 ou n'a jamais travaillé
Indicateurs de la taille du lieu de résidence : catégorie de référence = répondant vivant dans une autre région urbaine	
9. Région métropolitaine de recensement	1 = Le répondant vit dans une région métropolitaine de recensement; 0 = autres
10. Région rurale	1 = Le répondant vit dans une région rurale; 0 = autres
Incapacité : catégorie de référence = répondant n'ayant aucune incapacité	
11. Incapacité légère ou modérée	1 = Le répondant a une incapacité légère ou modérée; 0 = autres
12. Incapacité grave	1 = Le répondant a une incapacité grave; 0 = autres
Indicateurs régionaux : catégorie de référence = répondant vivant en Colombie-Britannique	
13. Provinces de l'Atlantique	1 = Répondant vivant à Terre-Neuve, à l'Île-du-Prince-Édouard, en Nouvelle-Écosse ou au Nouveau-Brunswick; 0 = autres
14. Québec	1 = Répondant vivant au Québec; 0 = autres
15. Ontario	1 = Répondant vivant en Ontario; 0 = autres
16. Provinces des Prairies	1 = Répondant vivant au Manitoba, en Saskatchewan ou en Alberta

Pour chacun des modèles, la valeur chi carré est significative si $p < 0{,}0001$.

Sources : Fichier de microdonnées à grande diffusion du Recensement du Canada de 1991; Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1986.

Les effets du revenu étaient plus marqués — la plus faible vraisemblance de migrer s'appliquant aux personnes à faible revenu et la plus forte, aux personnes à revenu élevé. Les personnes encore actives, bien que représentant une très faible proportion de cette population (tableau 2.8), étaient également beaucoup plus susceptibles d'avoir migré récemment. Le taux de migration parmi les résidents des régions rurales de ce groupe d'âge a été encore plus faible que dans les deux groupes d'âge précédents, alors que la valeur élevée associée aux invalidités légères et modérées indique que la détérioration de l'état de santé, à cet âge, a un effet notable sur la probabilité de déménager.

Les effets régionaux font constamment ressortir la Colombie-Britannique comme un lieu de migration de choix (Bergob, 1995). L'importance des coefficients régionaux tient au fait qu'ils n'influent pratiquement pas sur la structure sous-jacente des influences qu'ont les variables sociodémographiques sur la probabilité de migration, ce qui nous permet d'avoir davantage confiance dans l'interprétation des relations de base.

2.3 CONCLUSION

Non seulement y a-t-il vieillissement rapide de la population au Canada, mais la structure de cette population vieillissante aura également d'importantes répercussions sur la planification des services de santé et des services sociaux des 20 prochaines années. Or cette structure est en voie de changer; ces changements se font toutefois lentement, de sorte que ses caractéristiques générales devraient persister pour les deux prochaines décennies au moins.

Les caractéristiques les plus remarquables de la population âgée sont la prédominance des femmes chez les 75 ans et plus et le large écart entre les proportions d'hommes et de femmes qui, dans ce groupe d'âge, sont veufs et vivent seuls. Au moins 30 % de l'ensemble des personnes de 75 ans et plus hors établissements sont des femmes qui vivent seules; 40 % d'entre elles (soit 12 % de l'ensemble de la population très âgée) vivent sous le seuil de faible revenu établi par Statistique Canada[11]. Il faut que des personnes vivent à proximité des membres de ce groupe pour les aider, au besoin, à exécuter les activités de la vie quotidienne.

Bien que la majeure partie des personnes âgées soient largement autonomes et capables de vivre dans la collectivité, un nombre important ne disposent que d'un réseau social limité à qui faire appel en cas de besoin. Dans une société mobile, il arrive souvent que les enfants déménagent pour poursuivre des études supérieures ou une carrière; les parents restent et, même si les liens familiaux demeurent solides, les membres de la famille sont parfois si éloignés qu'il leur est difficile, voire impossible, d'apporter un soutien quotidien. Nous avons constaté que, parmi les hommes et les femmes âgés de 75 ans et plus qui vivent seuls, seulement 20 % ont indiqué vivre dans le même quartier qu'un membre proche de la famille et seulement 35 %, dans le même quartier qu'un de leurs amis proches. La majorité qui se retrouve sans famille ou ami à proximité forme un noyau de personnes qui devront faire appel aux organismes publics pour obtenir un soutien social.

La migration et les déplacements locaux jouent un rôle important dans la vie des personnes âgées. Bien que la tendance à déménager soit plus faible chez les personnes âgées que chez les personnes d'âge actif, elle est loin d'être négligeable. Comme l'ont fait remarquer récemment certains auteurs, la mobilité répond à différents besoins selon l'âge; la recherche de soutien devient ainsi un motif de déménagement relativement plus important chez les personnes de 75 ans et plus. Pour les personnes dont le déménagement est motivé par une diminution des capacités fonctionnelles, le choix se fait habituellement entre les deux possibilités suivantes : la première consiste à se rapprocher de personnes qui pourront apporter un soutien pour les activités de la vie quotidienne — plus souvent des membres de la famille que des amis; la seconde consiste à déménager localement dans des logements offrant plus de commodités adaptées à ses capacités fonctionnelles réduites.

Ces deux types de déménagement — ceux faits en vue de trouver un soutien et les autres liés aux commodités du logement — peuvent être entrepris en prévision de besoins futurs ou en fonction des besoins actuels. Cependant, dans un cas comme dans l'autre, les questions monétaires revêtent une importance capitale. Il

nous est impossible, à partir des données actuelles provenant des sources nationales, de déterminer combien de personnes âgées n'ont pas les moyens d'effectuer de tels déménagements. Par exemple, il est difficile pour une personne âgée de quitter une région urbaine à faible croissance, où les prix des logements sont modestes, pour aller habiter dans un centre plus grand et à croissance plus rapide, où les prix des logements seront plus élevés. Or si c'est dans ces grands centres qu'habitent leurs enfants, les parents pourront difficilement s'y établir, à moins de déménager dans un logement de qualité moindre ou d'obtenir de la famille une aide financière.

Enfin, bien que la mobilité personnelle soit importante pour les personnes âgées, les effets de cette mobilité sur les collectivités sont moins évidents. Au cours d'une année donnée, il se produit dans presque chaque collectivité un va-et-vient important de personnes âgées et non âgées. Ce sont les caractéristiques globales de la migration d'entrée et de sortie qui détermineront si ces mouvements modifieront les caractéristiques ou la taille relative de la population âgée. C'est là l'objet du prochain chapitre.

NOTES EN FIN DE CHAPITRE

1. Les pourcentages de 1951 ont été obtenus de Ram (1990) et ceux de 1991 ont été calculés à partir des données du tableau 2.1.

2. La structure des prestations pour personnes âgées favorise les couples dans la détermination du seuil de faible revenu, les prestations des deux conjoints ayant augmenté plus rapidement que les dépenses cumulées.

3. En 1990, 11,1 % des femmes âgées de 60 à 64 ans et 10,7 % des hommes du même âge étaient des professionnels; les proportions correspondantes chez les femmes et les hommes de 75 à 79 ans étaient respectivement de 9,4 % et 12,2 %.

4. Aux fins de la présente discussion, le terme «région» se rapporte aux cinq régions du Canada, à savoir les provinces de l'Atlantique, le Québec, l'Ontario, les provinces des Prairies ainsi que la Colombie-Britannique et les territoires.

5. Le coefficient positif pour l'âge et le coefficient négatif pour l'âge élevés au carré donnent une courbe qui s'accentue à un rythme décroissant.

6. Certaines recherches intéressantes ont porté sur les personnes qui vont passer l'hiver dans le sud et leurs caractéristiques socioéconomiques (p. ex. Tucker et coll., 1992). Cependant, la façon de définir les mouvements saisonniers (par exemple la durée) et, partant, la façon de mesurer l'ampleur de ce phénomène demeurent des questions complexes qui dépassent le cadre de la présente analyse.

7. Un mouvement local s'entend d'un changement de résidence permanente au sein d'une région administrative donnée — au Canada, cette région correspond à une subdivision de recensement, en général un canton rural ou une municipalité urbaine; la migration désigne les mouvements entre subdivisions de recensement.

8. Le ratio de migration est le rapport entre la migration nette et l'ensemble de la migration d'entrée et de sortie pour un mouvement ou une série de mouvements donnés. Ce taux mesure l'impact de la migration sur la répartition.

9. Les données présentées au tableau 2.16 portent sur l'ensemble des déplacements. Ceci a pour effet d'atténuer l'effet des déplacements motivés par la recherche d'agréments, qui s'applique principalement aux migrations, lesquelles forment au total moins du tiers de l'ensemble des déplacements.

10. Les limites inférieures des proportions des personnes placées en établissement, selon l'âge, peuvent toutefois être estimées (voir le chapitre 1).

11. Ces proportions diminueront à mesure que la longévité des hommes se rapprochera de celle des femmes; elles seront toutefois neutralisées par le nombre croissant de personnes divorcées qui atteignent le troisième âge.



Au chapitre 2, nous avons discuté des profils de mobilité des personnes âgées «jeunes» et des plus vieilles. Les premières recherchent souvent des endroits qui offrent des possibilités récréatives, qui bénéficient d'un climat tempéré durant l'hiver et où le coût de la vie — en particulier les frais d'habitation et les impôts locaux — est modéré (Fournier, Rasmussen et Serow, 1988). Lorsque leur état de santé se détériore, les personnes âgées ont besoin d'un plus grand soutien, qu'elles trouveront à la fois auprès des organismes officiels et non officiels. S'il leur est impossible de trouver un tel soutien localement, en particulier auprès de la famille et des amis, elles seront alors plus susceptibles de déménager. Le phénomène de la migration de retour des personnes âgées, c'est-à-dire le fait pour une personne de revenir à l'endroit où elle a vécu son enfance ou a passé la majeure partie de sa vie et où un soutien familial existe, mérite une attention particulière (Newbold, 1993).

Plusieurs excellents profils ont été établis sur la répartition géographique des personnes âgées et leur mobilité à l'échelle nationale et provinciale (p. ex. Northcott, 1988; Statistique Canada, 1990b). En revanche, peu d'études ont été publiées au Canada sur la variation de la répartition géographique des personnes âgées à l'échelle infraprovinciale[1], ainsi que sur les répercussions d'un tel phénomène sur la demande de services sociaux et de services de soins de santé[2].

Même si les personnes âgées n'ont pas reçu l'attention qu'elles méritent — en grande partie du fait qu'elles sont considérées comme un groupe de faible mobilité (Rogers, 1988) — on reconnaît que les mouvements des personnes âgées et non âgées, qu'elles soient en bonne ou mauvaise santé, des personnes à faible revenu ou à revenu élevé, à la retraite ou actives, peuvent avoir des répercussions importantes sur les collectivités de départ et d'arrivée (McCarthy, 1983; Bekkering, 1990).

Les changements dans la situation personnelle qui contribuent à la migration et au vieillissement chez soi des personnes âgées se répercutent également globalement sur les administrations locales et provinciales, en modifiant la demande de services de santé. Pour mieux estimer la demande future de services de santé à ces deux niveaux, il nous faut arriver à mieux comprendre les processus qui soustendent le vieillissement des populations locales.

Afin de brosser un tableau précis de la répartition spatiale des personnes âgées au Canada et de l'importance respective du vieillissement chez soi et de la migration à l'échelon local, nous nous intéressons, dans le présent chapitre, aux variations entre divisions de recensement. Notre étude commence, à la section 3.1, par une discussion des facteurs qui influent sur la répartition des populations locales. La section 3.2 porte sur les variations géographiques dans le pourcentage des personnes âgées de 65 ans et plus et de 80 ans et plus, sur les rapports hommes-femmes parmi la population des 65 ans et plus et sur la composante du rapport de dépendance qui est formée des personnes âgées. Nous analysons également les fluctuations de ces mesures entre 1986 et 1991. La section 3.3 a pour objet les proportions et les taux de changement. À la section 3.4, l'importance relative du vieillissement chez soi et de la migration est évaluée. À partir d'une catégorisation de l'importance relative de ces deux phénomènes chez les personnes âgées, nous établissons, à la section 3.5, un lien entre les caractéristiques socioéconomiques d'une division de recensement et la probabilité que cette division fasse partie d'une catégorie donnée. En d'autres mots, nous examinons les différences dans la répartition géographique des personnes âgées en regard des caractéristiques des collectivités dans lesquelles elles vivent. Les relations générales entre les variables du vieillissement et les profils des collectivités sont illustrées au moyen d'analyses de régression.

Nous avons choisi les divisions de recensement comme unités géographiques d'analyse pour des raisons à la fois pratiques et analytiques. Dans bien des provinces, les divisions de recensement correspondent aux comtés, cantons, municipalités régionales ou districts. Si nous avions utilisé les taux provinciaux, ou même les taux calculés en fonction de la taille urbaine, nous n'aurions pu saisir l'énorme variation qui existe à l'échelle locale entre les tailles absolue et relative de la population âgée. Or comme la planification et la prestation des services de santé et des services sociaux se font en grande partie à ce niveau, il est essentiel de comprendre comment la taille de cette population change à l'échelle locale. En outre, au point de vue analytique, les divisions de recensement constituent les plus petites unités géographiques pour lesquelles sont disponibles des données socioéconomiques par cohorte d'âge de cinq ans, nécessaires au calcul des mesures utilisées dans le présent chapitre. Enfin, si nous avions choisi plutôt les subdivisions de recensement, plus petites, les estimations de la migration n'auraient pas été fiables à cause des faibles nombres associés aux catégories d'âge de cinq ans.

3.1 LA VARIATION DU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION À L'ÉCHELON LOCAL

Au Canada, le vieillissement de la population est imputable principalement à la baisse soutenue des taux de fécondité et de mortalité (McDaniel, 1986). Comme le nombre de naissances n'a cessé de diminuer alors que le nombre des personnes qui vivent au-delà de 80 ans a continué de croître, il n'est pas surprenant que la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus ait augmenté de façon continue au cours des 50 dernières années (voir le chapitre 1). Cette augmentation à l'échelle nationale n'a par ailleurs été que légèrement atténuée par l'immigration, laquelle a tendance à réduire le taux de vieillissement, puisque les immigrants sont en général plus jeunes que la population résidente.

Au sein de toute série de régions infranationales (qu'il s'agisse des provinces ou des divisions de recensement), le taux de vieillissement de la population varie considérablement et l'importance relative des composantes du changement tend elle aussi à varier. Comme les gens sont beaucoup plus susceptibles de migrer sur de courtes distances (Shaw, 1985), il s'ensuit que plus la région est petite, plus la migration risque d'y modifier la population. Bien que la migration interprovinciale modifie la répartition provinciale de la population, l'effet est beaucoup plus marqué lorsque la migration se fait entre divisions de recensement. Comme les personnes de tout âge sont plus susceptibles de déménager d'une division de recensement à la division adjacente que d'une province à une autre, la migration a tendance à avoir un plus grand impact sur le vieillissement de la population à l'échelon de la division de recensement.

Comme les changements dans la population sont le résultat des naissances, des décès et de la migration (voir l'annexe 3.1), la variation du vieillissement est attribuable aux différences à long terme dans les taux de fécondité, de mortalité et de migration. Ces changements sont en outre cumulatifs de sorte que, pour toute période intercensitaire de cinq ans, le taux de vieillissement de la population dépend principalement des deux facteurs démographiques suivants : la structure démographique de la région au début de la période et l'impact de la structure démographique de la migration d'entrée et de sortie qui se produit dans cette région durant la période.

La structure démographique d'une région au début d'une période intercensitaire détermine en effet l'ampleur du phénomène du vieillissement chez soi — c'est-à-dire l'accroissement de la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus qui résulte des naissances et des décès survenus dans la population initiale. Durant une période de cinq ans, les principaux prédicteurs de l'augmentation de la proportion des 65 ans et plus sont les suivants :

- le rapport entre les personnes âgées de 60 à 64 ans et celles âgées de 65 à 69 ans, qui indique dans quelle mesure les personnes sur le point d'atteindre le «troisième âge» (65 ans) risquent d'accroître ce segment de la population. Si le groupe des 60 à 64 ans est nettement plus nombreux que celui qui le suit, le nombre de survivants dans ce groupe fera plus que neutraliser l'effet du nombre accumulé de décès parmi les personnes âgées;

- la proportion des personnes âgées de 80 ans et plus parmi les 65 ans et plus. Cette variable définit la forme de la pyramide des âges de la population âgée; plus le ratio est faible, plus la population âgée est jeune et plus elle risque d'augmenter rapidement.

Une analyse de régression simple des données par division de recensement pour la période de 1986 à 1991 montre que 73 % de la variation dans le vieillissement chez soi parmi les personnes de 65 ans et plus (la variable a_{65} à l'annexe 3.1) est attribuable à ces deux variables.

Le deuxième facteur déterminant du taux de vieillissement de la population est l'impact de la structure démographique de la migration d'entrée et de sortie qui a eu lieu dans la région durant la période intercensitaire. Si le taux de migration nette dans la région est plus élevé parmi les personnes de 65 ans et plus que chez les moins de 65 ans[3], la migration aura pour effet d'accroître le taux de vieillissement dans cette région.

À court terme, ces deux facteurs sont plus importants que les fluctuations locales des taux de fécondité et de mortalité. À plus long terme, toutefois, des différences soutenues dans les taux locaux de fécondité et de mortalité produiront des taux de vieillissement différents. Ainsi, l'accroissement des taux de mortalité ou des taux de fécondité aurait tendance à ralentir le processus de vieillissement. Il y a lieu également de souligner l'importance de tenir compte, à plus long terme, de la fécondité, de la mortalité et de la migration subséquente des migrants eux-mêmes (Rogers, 1975; Rees et Wilson, 1977), ces facteurs étant susceptibles de modifier le taux de vieillissement de la population. Sur une période de cinq ans, toutefois, ces différences dans les caractéristiques des migrants n'ont qu'un faible effet.

Le vieillissement de la population est un phénomène cumulatif. Les caractéristiques démographiques d'une région, au début d'une période intercensitaire, sont parfois davantage liées aux profils complexes de fécondité, de mortalité et de migration des décennies précédentes qu'à tout événement récent ou toute caractéristique actuelle. La faible proportion d'hommes dans les cohortes d'âge qui ont vécu la Première Guerre mondiale illustre bien ce phénomène. En 1971, ces hommes appartenaient principalement au groupe des 70 à 79 ans, lequel était non seulement moins nombreux que celui des femmes âgées de 70 à 79 ans, mais également beaucoup moins nombreux que les groupes d'âge subséquents de sexe masculin. Les petites cohortes nées durant les années de la crise de 1929 et les grosses cohortes issues de l'explosion démographique de l'après-guerre illustrent elles aussi les effets de la démographie à long terme (voir le chapitre 1; Peron et Strohmenger, 1985).

Les effets de la mortalité et de la fécondité se ressentent essentiellement à une macroéchelle, et ils s'étendent à toutes les régions du pays. La baisse de la fécondité a touché tous les segments de la société, bien qu'elle demeure plus élevée en régions rurales qu'en régions urbaines. En ce qui concerne la mortalité, les différences tiennent principalement à la variation des conditions socioéconomiques des populations locales, le taux de mortalité étant constamment plus élevé dans les classes socioéconomiques inférieures (Wilkins, Adams et Brancker, 1989). Ces

différences entre les taux de mortalité n'ont toutefois qu'un faible effet net sur la répartition géographique.

Il existe également des processus démographiques systématiques, qui persistent pendant de nombreuses décennies et qui engendrent des variations dans la répartition géographique des personnes âgées. Au Canada comme dans d'autres pays, la migration a été caractérisée par le mouvement des jeunes adultes, depuis les régions à faibles possibilités économiques vers des lieux plus prospères. En général, ces déplacements se sont faits des régions rurales et des petites villes du Canada vers les grandes villes. Ils ont en outre été beaucoup plus marqués chez les jeunes que chez les plus âgés, ces derniers étant beaucoup moins enclins à migrer du fait qu'ils bénéficient de réseaux sociaux déjà établis et d'une plus grande sécurité d'emploi (Northcott, 1988). Une des principales conséquences de ce phénomène est que la population de bon nombre des régions rurales du Canada, en particulier dans les Prairies et les provinces de l'Atlantique, a considérablement vieilli, les membres plus âgés de la collectivité assistant au départ des plus jeunes.

Il existe toutefois d'autres motifs de migration, outre la quête de meilleures possibilités économiques. Une tendance plus récente, traitée au chapitre 2, consiste en la migration d'un nombre croissant de personnes âgées, mieux nanties, vers des régions qui offrent de nombreux agréments, et plus particulièrement celles qui bénéficient d'un climat modéré durant l'hiver. Là encore, toutefois, la migration sélective d'un groupe entraîne la concentration des autres groupes moins mobiles; les personnes âgées moins nanties seront ainsi réunies dans leur région d'origine, moins favorisée. Cette concentration peut en outre être intensifiée par le retour des personnes très âgées dans leur région d'origine en vue de se rapprocher de leur famille et d'autres services.

Les différences persistantes entre la mortalité masculine et féminine, en particulier à un âge plus avancé, ont également des répercussions sur la répartition géographique des personnes âgées. Comme le taux de survie des femmes est proportionnellement plus élevé que celui des hommes à tous les âges, le rapport hommes-femmes diminue avec l'âge tandis que le nombre de femmes seules augmente (voir le chapitre 1). Or il est particulièrement difficile pour les personnes âgées qui vivent seules de composer avec de nombreux aspects de la vie en régions rurales, en particulier si le fait de vivre en région éloignée réduit également l'accès aux services et aux soutiens sociaux. Souvent, les personnes âgées qui vivent seules surmontent cette difficulté en quittant les régions rurales pour aller s'établir dans un centre urbain situé à proximité. Aussi peut-on s'attendre à ce que la concentration des femmes âgées seules soit plus marquée en régions urbaines ce qui, en retour, aura des répercussions sur les types de services à offrir. Les femmes qui vivent seules ont en effet davantage recours aux organismes officiels pour obtenir de l'aide (voir le chapitre 4), et l'accroissement continu de ce segment de la population aura pour effet d'accroître les pressions subies par les dispensateurs de services.

Les connaissances actuelles sur le processus de vieillissement de la population nous portent à croire que le vieillissement qui se produit dans l'ensemble du pays et qui est imputable aux fluctuations de la fécondité et de la mortalité varie sur le

plan géographique sous l'effet d'un tissu complexe d'autres variables sociales, économiques et démographiques. Toutefois, le message dominant qui ressort est qu'on peut s'attendre à une forte association, à l'échelon local, entre le vieillissement de la population et une situation économique défavorable. Même si la majorité des personnes âgées, de quelque groupe que ce soit, est susceptible d'être active et en santé, les collectivités disposant de ressources locales limitées peuvent s'attendre à un accroissement disproportionné de la demande de services de la part des personnes âgées, par comparaison aux collectivités bien nanties.

La structure et l'évolution du vieillissement de la population, que nous avons décrites précédemment, nous permettent de supposer que les indicateurs démographiques du vieillissement ont des liens multidimensionnels avec certaines variables sociales, économiques et démographiques. Dans les sections qui suivent, nous tenterons de vérifier si ces liens entre le vieillissement et les profils des collectivités existent, au moyen de deux types d'analyses de régression utilisant les variables indépendantes définies au tableau 3.1. La première analyse établit un lien entre les caractéristiques démographiques de la population et ses caractéristiques socioéconomiques en 1991; la seconde établit un lien entre, d'une part, les mesures de changement utilisées entre 1986 et 1991 et, d'autre part, les caractéristiques en 1986 et la variation des mesures socioéconomiques entre 1986 et 1991. En raison de la complexité des relations qui sous-tendent le vieillissement, ces analyses de régression se veulent descriptives plutôt qu'explicatives et ont pour but de caractériser les collectivités auxquelles sont associés des scénarios de vieillissement particuliers.

Des variables fictives régionales ont été incluses dans ces analyses, pour représenter les fortes différences géographiques qui existent entre les cinq principales régions (provinces de l'Atlantique, Québec, Ontario, provinces des Prairies ainsi que la Colombie-Britannique et les territoires). Dans bien des cas, il existe d'autres différences régionales, outre celles attribuées aux variables indépendantes comprises dans les analyses. La Colombie-Britannique ayant été choisie comme région de référence pour ces analyses, les coefficients indiqués pour les quatre autres régions aux tableaux 3.2 à 3.5 représentent les différences qui existent entre la Colombie-Britannique et chacune de ces régions, après neutralisation des variations dans les autres variables socioéconomiques.

3.2 LA RÉPARTITION SPATIALE DE LA POPULATION ÂGÉE DU CANADA

En 1991, 11,7 % des Canadiens étaient âgés de 65 ans et plus et 2,4 % avaient 80 ans et plus. Cependant, ces pourcentages varient considérablement entre les divisions de recensement. En 1991, par exemple, les personnes âgées formaient plus de 11,7 % de la population dans 56 % des divisions de recensement du Canada (figure 3.1). Ce qui ressort est le contraste frappant entre la *jeune* population du nord et la population *âgée* du sud. Ce contraste tient en grande partie aux différences dans la proportion d'Autochtones qui vivent dans le nord du Canada par rapport au sud, ainsi qu'aux différences entre les profils de fécondité et de mortalité des Autochtones et ceux des allochtones[4]. Il reflète également la tendance des

Tableau 3.1 Variables utilisées pour les analyses de régression

	Variables utilisées pour les analyses de la structure de 1991	Variables utilisées pour l'analyse des changements survenus entre 1986 et 1991
Variables urbaines	Pourcentage de la population de la division de recensement définie comme population urbaine Région métropolitaine (1, s'il s'agit d'une région métropolitaine de recensement; 0 pour autres)	Pourcentage de la population de la division de recensement définie comme population urbaine Région métropolitaine (1, s'il s'agit d'une région métropolitaine de recensement; 0 pour autres)
Variables socio-économiques	Pourcentage de la population de la division de recensement ayant immigré entre 1986 et 1991 Pourcentage des ménages sous le seuil de faible revenu en 1991 Pourcentage de la population âgée de 15 ans et plus en chômage en 1991 Revenu moyen en 1991 Croissance démographique entre 1986 et 1991 Pourcentage des 15 ans et plus titulaires d'un diplôme universitaire en 1991 Pourcentage des 15 ans et plus ayant terminé moins de 9 années d'études Pourcentage des 15 à 24 ans étant inactifs	Pourcentage de la population de la division de recensement ayant immigré entre 1986 et 1991 Pourcentage de la population âgée de 15 ans et plus en chômage en 1986 Variation en pourcentage du revenu moyen entre 1986 et 1991 Variation en pourcentage du taux de chômage entre 1986 et 1991 Revenu moyen en 1986 Pourcentage des 15 ans et plus titulaires d'un diplôme universitaire en 1986
Services de santé	Nombre de travailleurs de la santé par millier d'habitants Nombre de médecins par millier d'habitants	Nombre de travailleurs de la santé par millier d'habitants Nombre de médecins par millier d'habitants
Climat	Température moyenne en juillet Température moyenne en janvier Nombre d'heures d'ensoleillement par année	Température moyenne en juillet Température moyenne en janvier Nombre d'heures d'ensoleillement par année
Variables régionales fictives	Provinces de l'Atlantique (1, si la division de recensement est située dans les provinces de l'Atlantique; 0 pour autres) Québec Ontario Provinces des Prairies (catégorie de référence = Colombie-Britannique et les territoires)	Provinces de l'Atlantique Québec Ontario Province des Prairies
Caractéristiques démographiques en 1986		Pourcentage de la population constitué de femmes âgées de 20 à 35 ans en 1986 Rapport de la population âgée de 60 à 64 ans et de la population âgée de 65 à 69 ans en 1986 Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus en 1986 Pourcentage des aînés âgés de 80 ans et plus en 1986

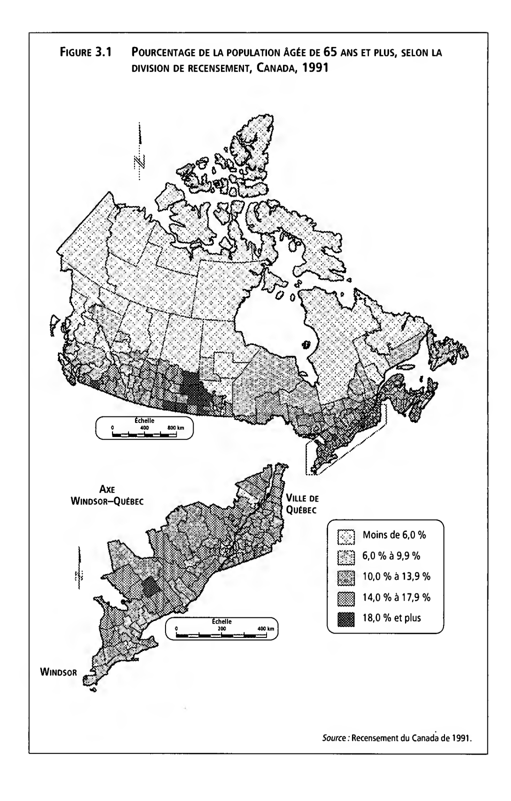
personnes âgées à quitter les régions où le climat est plus rigoureux pour aller s'établir dans des régions tempérées, en particulier dans l'Ouest, alors que les jeunes sont attirés par l'aventure et les salaires élevés qu'offre le Nord.

Une variation considérable dans la répartition spatiale des personnes âgées a aussi été observée dans le sud du Canada. Ainsi, les provinces de l'Atlantique, certaines parties de l'île du Cap-Breton, la majeure partie de la Nouvelle-Écosse et les divisions de recensement entourant la baie de Fundy comptaient une population âgée relativement importante (supérieure à 14 %). Au Québec, les plus fortes concentrations de personnes âgées ont été observées principalement dans les divisions de recensement non métropolitaines situées le long du fleuve Saint-Laurent et de la rivière des Outaouais. En Ontario, trois grappes distinctes de divisions de recensement comptaient une forte proportion de personnes âgées : il s'agit des régions rurales de l'est de la province, d'une bande de divisions de recensement s'échelonnant du lac Ontario jusqu'à la rive nord de la baie Géorgienne et enfin des divisions de recensement rurales situées en bordure du lac Huron et de la rive sud de la baie Géorgienne. Dans les Prairies, un nombre croissant de divisions de recensement rurales situées le long des frontières méridionales du Manitoba et de la Saskatchewan enregistraient des proportions de personnes âgées supérieures à 18 %. Enfin, en Colombie-Britannique, les divisions de recensement situées dans le sud de l'île de Vancouver et le centre-sud de sa zone intérieure, reconnues pour être des destinations de retraite très populaires, comptaient elles aussi une population âgée relativement importante.

La répartition spatiale des personnes âgées de 80 ans et plus (figure 3.2) était très similaire à celle des personnes âgées de 65 ans et plus (figure 3.1); ainsi, la corrélation écologique[5] entre la proportion des personnes de 65 ans et plus (f_{65+}) et celle des 80 ans et plus (f_{80+}) pour les divisions de recensement est de 0,95. Dans un grand nombre de divisions de recensement du Canada, la population âgée de 80 ans et plus formait, en 1991, plus de 3 % de la population totale et, comme nous l'avons indiqué en regard de l'ensemble de la population du Canada, il s'agissait souvent du segment de la collectivité affichant la croissance la plus rapide.

Les analyses de régression établissant un lien entre f_{65+} et f_{80+} et les conditions socioéconomiques dans les divisions de recensement en 1991 confirment nos hypothèses générales concernant la concentration des personnes âgées (tableau 3.2). Pour ces deux cohortes, la population du Québec était en général plus jeune et celle de l'Ontario, plus âgée que la population de la Colombie-Britannique, après neutralisation des autres variables. Nous avons noté de fortes associations négatives entre, d'une part, f_{65+} et f_{80+} et, d'autre part, le revenu moyen, une croissance démographique récente et le pourcentage des 15 à 24 ans ne faisant pas partie de la population active — ce dernier facteur étant souvent un indicateur de la poursuite d'études postsecondaires avancées. On a observé un lien négatif avec la proportion de la population urbaine au sein d'une division de recensement, bien que ce lien n'ait pas été aussi marqué. En revanche, il existe de fortes associations positives avec la température moyenne en janvier — facteur soulignant à nouveau l'importance d'un climat tempéré en hiver — ainsi qu'avec la proportion de la population ayant terminé moins de neuf années d'études. On a aussi observé une

FIGURE 3.1 POURCENTAGE DE LA POPULATION ÂGÉE DE 65 ANS ET PLUS, SELON LA DIVISION DE RECENSEMENT, CANADA, 1991



Source : Recensement du Canada de 1991.

FIGURE 3.2 POURCENTAGE DE LA POPULATION ÂGÉE DE 80 ANS ET PLUS, SELON LA DIVISION DE RECENSEMENT, CANADA, 1991

Échelle
0 400 800 km

AXE
WINDSOR–QUÉBEC

VILLE DE
QUÉBEC

WINDSOR

Échelle
0 200 400 km

Moins de 1,0 %
1,0 % à 1,9 %
2,0 % à 2,9 %
3,0 % à 3,9 %
4,0 % et plus

Source : Recensement du Canada de 1991.

association positive entre les mesures du vieillissement et la concentration des travailleurs de la santé. Il est tentant d'attribuer un lien de causalité à cette dernière association, mais elle tient probablement davantage au fait que la concentration de personnes âgées et de travailleurs de la santé a été plus faible dans les grands centres urbains à forte croissance. En effet, des valeurs élevées pour le nombre de travailleurs de la santé par millier d'habitants ont été enregistrées dans de nombreuses collectivités de taille moyenne dotées d'hôpitaux d'enseignement (comme London et Kingston, en Ontario, et Sherbrooke, au Québec), même si ces collectivités n'ont pas affiché une croissance particulièrement rapide durant les années 80.

Le rapport entre la proportion des 80 ans et plus et celle des 65 ans et plus mesure l'âge global de la population âgée — plus le rapport est élevé, plus les personnes âgées sont vieilles. Or ce rapport présente une répartition géographique particulière : les aînés des provinces de l'Atlantique, de l'Ontario et des Prairies sont plus âgés que ceux du Québec ou de la Colombie-Britannique. Comme on peut s'y attendre, bon nombre des autres liens avec le vieillissement sont renforcés par ces deux variables aussi fortement corrélées. Ainsi, les collectivités obtenant des rapports élevés ont été plus susceptibles d'afficher un revenu inférieur à la moyenne et d'avoir enregistré un faible taux de croissance durant les cinq années précédentes. Il s'agissait également de collectivités bénéficiant d'hivers moins rigoureux et d'heures d'ensoleillement supérieures à la moyenne. Enfin, un lien négatif a été observé avec la proportion de citadins dans la région, ainsi qu'avec les régions affichant un taux de chômage élevé et une concentration de familles à faible revenu (tableau 3.2).

Lorsqu'on ventile, par sexe, le pourcentage de la population formé des personnes âgées, on obtient des profils géographiques similaires à ceux illustrés à la figure 3.1. À l'échelle des divisions de recensement, toutefois, le pourcentage des femmes âgées a eu tendance à être plus élevé que celui des hommes âgés, cette tendance reflétant l'espérance de vie moindre des hommes.

Le déséquilibre sous-entendu entre les populations âgées masculine et féminine peut être présenté de façon plus précise en calculant le rapport hommes-femmes pour chaque division de recensement, rapport qui se calcule comme suit :

$$RHF = \frac{P_{m,65+}}{P_{f,65+}} \times 100$$

où

RHF = rapport hommes-femmes;
$P_{m,65+}$ = population masculine totale âgée de 65 ans et plus au Canada;
$P_{f,65+}$ = population féminine totale âgée de 65 ans et plus au Canada.

Des valeurs supérieures à 100 indiquent qu'il y a plus d'hommes âgés que de femmes âgées dans une division de recensement; une valeur égale à 100 signifie qu'il y a équilibre entre les deux sexes, alors qu'une valeur inférieure à 100 indique que les femmes âgées sont en majorité.

En 1991, dans presque toutes les divisions de recensement du sud du Canada, le rapport hommes-femmes pour la population âgée était inférieur à 100

Tableau 3.2 Modèles des caractéristiques démographiques de 1991 pour les divisions de recensement

Variables indépendantes	Variables dépendantes							
	Pourcentage des aînés âgés de 65 ans et plus en 1991		Pourcentage des aînés âgés de 80 ans et plus en 1991		Proportion des aînés âgés de 80 ans et plus en 1991		Rapport hommes-femmes chez les 65 ans et plus en 1991	
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3	Modèle 4	Modèle 5	Modèle 6	Modèle 7	Modèle 8
Coordonnée à l'origine	24,0374***	26,2728***	5,0670***	6,1741***	17,4316***	22,3861***	1,0585***	0,9300***
Pourcentage de population urbaine	– 0,0189*	– 0,0253**	– 0,0041**	– 0,0064**	– 0,0082	– 0,0190*	0,0024***	0,0021***
Région métropolitaine	– 0,3100	0,2990	– 0,0968	0,0704	– 0,3001	0,2183	0,0297	0,0321
Pourcentage d'immigrants de 1986 à 1991	0,0676	0,3327*	0,0489	0,1281**	0,2503*	0,4777**	– 0,0000	– 0,0128*
Pourcentage de familles à faible revenu	– 0,0132	– 0,1181*	– 0,0219	– 0,0511***	– 0,1343*	– 0,1931***	0,0011	0,0062*
Pourcentage de chômeurs	– 0,3001***	– 0,2448***	– 0,0770***	– 0,0553***	– 0,0809	– 0,0042	– 0,0122***	– 0,0100***
Revenu moyen	– 0,3894***	– 0,3827***	– 0,0904***	– 0,1002***	– 0,0777*	– 0,1641***	– 0,0067***	– 0,0040***
Croissance démographique de 1986 à 1991	– 0,2934**	– 0,3418***	– 0,1141***	– 0,1421***	– 0,3245***	– 0,5079***	– 0,0007	– 0,0034
Pourcentage de titulaires d'un diplôme	0,1216	0,0503	0,0478*	0,0455*	0,1209	0,2206*	0,0124**	0,0194***
Pourcentage de personnes ayant mions de 9 années d'études	0,1311***	0,0615*	0,0475***	0,0200*	0,2020***	0,0890*	0,0020	0,0049***
Pourcentage des 15 à 24 ans étant inactifs	– 0,0986***	– 0,1050***	– 0,0286***	– 0,0286***	– 0,0846***	– 0,0746	– 0,0003	– 0,0005
Nombre de travailleurs de la santé par millier d'habitants	0,1221***	0,1403***	0,0451***	0,0524***	0,1745***	0,2152***	0,0054***	0,0064***
Nombre de médecins par millier d'habitants	0,0442	– 0,1644	– 0,1109	– 0,2461**	– 0,3799	– 1,2537***	0,0025	– 0,0087
Température moyenne en juillet	0,0831	0,1344	0,0260	0,0174	0,1263	0,0078	0,0040	0,0157***
Température moyenne en janvier	0,2564***	0,2581***	0,0615***	0,0622***	0,1429***	0,1303*	0,0057***	0,0065***
Nombre d'heures d'ensoleillement	0,3143**	0,2520*	0,0645*	0,0707**	0,0700	0,2305*	0,0028	– 0,0086*
Provinces de l'Atlantique	– 0,0947		0,1958		2,4101***		0,1724***	
Québec	– 1,6959**		– 0,4969**		– 0,6431		0,1436***	
Ontario	1,8834***		0,4240**		1,4218**		0,1449***	
Provinces des Prairies	– 0,4578		0,1213		2,7265***		0,0253	
Degrés de liberté	270	274	270	274	270	274	270	274
Coefficient de détermination multiple	0,7685	0,7182	0,7852	0,7308	0,3947	0,2387	0,7547	0,6862

*** $p < 0{,}001$
** $p < 0{,}01$
* $p < 0{,}05$
Sources : Recensements du Canada de 1986 et de 1991.

(figure 3.3), et un rapport encore plus faible — témoignant d'une prédominance encore plus grande des femmes — a été obtenu pour la population âgée de 80 ans et plus (figure 3.4). Ainsi, dans de nombreuses divisions de recensement du Canada, le rapport atteint ou dépasse 2 femmes pour 1 homme chez les personnes de 80 ans et plus (*RHF* = 50). Par ailleurs, il existe une forte association entre le rapport hommes-femmes chez les personnes âgées et les régions urbaines, le nombre d'hommes pour 100 femmes étant nettement plus faible dans les régions plus urbanisées.

La comparaison de la répartition spatiale des personnes âgées et de celle de la population d'âge actif, au moyen de la composante du rapport de dépendance formée des personnes âgées (*RDPA*), nous indique les collectivités où les besoins en matière de services de santé et de services sociaux risquent d'être les plus élevés parmi les personnes âgées[6].

$$RDPA = \frac{P_{65+}}{P_{15\text{-}64}} \times 100$$

où

$RDPA$ = composante du rapport de dépendance formée des personnes âgées;
P_{65+} = population âgée de 65 ans et plus au Canada;
$P_{15\text{-}64}$ = reste de la population adulte du Canada.

Un grand nombre des divisions de recensement ayant une valeur élevée pour la *RDPA* (figure 3.5) étaient également celles où l'on avait repéré une population âgée relativement importante et un nombre relativement grand de personnes âgées de 80 ans et plus, et où le rapport hommes-femmes penchait fortement en faveur des femmes âgées. En d'autres termes, il s'agit des divisions de recensement qui auront à faire face à une forte demande, en particulier de la part des femmes très âgées, et qui disposent de ressources plus limitées pour offrir des services de santé et des services sociaux.

Bien que le présent chapitre porte essentiellement sur le vieillissement de la population, qui mesure la concentration *relative* des personnes âgées, il est également important de se rappeler que la répartition *absolue* des personnes âgées est cruciale pour bon nombre de décisions relatives à la prestation des services. Une mesure simple consiste à déterminer la *part* des personnes âgées au sein de chaque division de recensement en pourcentage du nombre total de personnes âgées au Canada; cette mesure peut être obtenue comme suit (Rogers, 1989) :

$$PR_{65+,i} = \frac{P_{65+,i}}{P_{65+,tot}} \times 100$$

où

$PR_{65+,i}$ = proportion de personnes âgées dans la i^e division de recensement;
$P_{65+,i}$ = population âgée de 65 ans et plus dans la i^e division de recensement;
$P_{65+,tot}$ = population totale âgée de 65 ans et plus au Canada.

Lorsqu'on utilise cette mesure, il apparaît clairement que la répartition des personnes âgées au Canada suit la répartition de l'ensemble de la population. En

Figure 3.3 Rapport hommes-femmes[1] chez la population âgée de 65 ans et plus, selon la division de recensement, Canada, 1991

1. Rapport hommes-femmes = hommes de 65 ans et plus / femmes de 65 ans et plus × 100.

Source : Recensement du Canada de 1991.

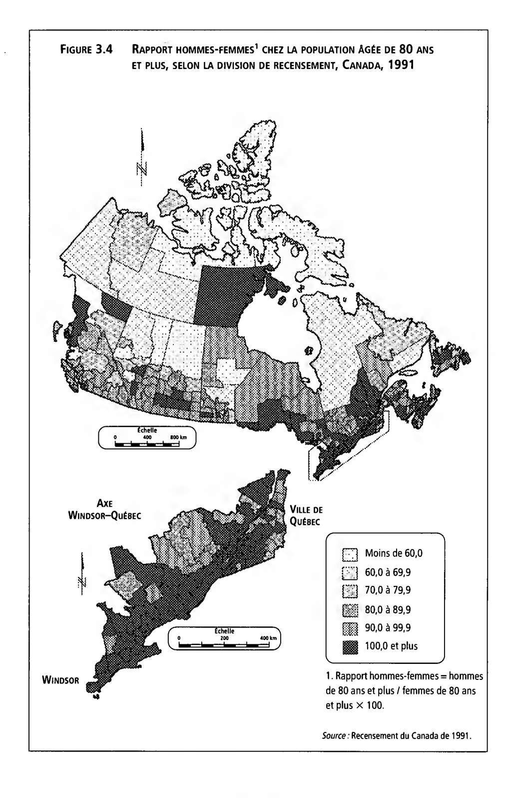


Figure 3.4 Rapport hommes-femmes[1] chez la population âgée de 80 ans et plus, selon la division de recensement, Canada, 1991

1. Rapport hommes-femmes = hommes de 80 ans et plus / femmes de 80 ans et plus × 100.

Source : Recensement du Canada de 1991.

FIGURE 3.5 COMPOSANTE DU RAPPORT DE DÉPENDANCE[1] FORMÉE DES PERSONNES ÂGÉES, SELON LA DIVISION DE RECENSEMENT, CANADA, 1991

1. *RDPA* = Population de 65 ans et plus / population de 15 à 64 ans × 100.

Source : Recensement du Canada de 1991.

1991, les *populations* les plus nombreuses se trouvaient dans les divisions de recensement de l'Ontario, et la plupart des divisions de recensement enregistrant une proportion supérieure à 2,0 % étaient des divisions de recensement métropolitaines (figure 3.6). Ces données tranchent nettement avec celles de la figure 3.1, qui montre qu'un grand nombre de petites villes et de divisions de recensement rurales avaient une *proportion* relativement importante de personnes âgées. Bien que la proportion de la population âgée variait sensiblement d'un endroit à un autre, la majorité de la population du Canada était si fortement concentrée dans les grandes villes (Simmons, 1991) que la répartition absolue des personnes âgées a reflété dans une grande mesure la répartition de l'ensemble de la population.

Il est important de se rappeler les différences entre la taille absolue et la taille relative de la population âgée au moment d'évaluer l'impact du vieillissement sur les secteurs public et privé. Lorsqu'on tient compte de l'équité, les concentrations relativement plus élevées des personnes âgées dans les régions rurales et les régions désavantagées sur le plan économique sont importantes; cependant, lorsqu'on évalue la répartition des ressources en fonction de l'ampleur de la demande de services, c'est alors la concentration des personnes âgées en milieux urbains qui devient le facteur prédominant.

3.2.1 Un portrait de la population âgée vivant dans les grandes régions métropolitaines du Canada

La majeure partie des personnes âgées du Canada vivent dans les plus grandes villes du pays; à l'intérieur de ces villes, toutefois, la répartition des personnes âgées est loin d'être uniforme. Dans la présente section, nous nous intéressons aux trois plus grandes régions métropolitaines de recensement (RMR) en 1991, soit Toronto, Montréal et Vancouver. Cette année-là, les personnes âgées formaient 10,3 % de la population de Toronto, 11,4 % de celle de Montréal et 12,8 % de celle de Vancouver. La population de Toronto était donc légèrement plus jeune et celle de Vancouver, légèrement plus âgée que la moyenne nationale (11,7 %). Ensemble, ces trois villes réunissaient 30 % des personnes âgées du Canada.

Dans ces trois villes, la répartition spatiale des personnes âgées peut être représentée par un point central entouré de deux anneaux. Le centre correspond aux secteurs de recensement composés du centre-ville et des quartiers immédiatement adjacents, où les personnes âgées de 65 ans et plus sont relativement peu nombreuses. Cette région est entourée d'un anneau formé des secteurs de recensement situés dans les banlieues plus anciennes, où la proportion de personnes âgées a connu, et connaît toujours, une croissance rapide. Il s'agit des secteurs de recensement de Etobicoke, North York et East York dans la région métropolitaine de Toronto (figure 3.7). À Montréal, cet anneau correspond aux secteurs de recensement situés principalement au sud et à l'ouest du centre-ville, mais toujours sur l'île de Montréal (figure 3.8); enfin, à Vancouver, ces secteurs de recensement sont situés le long de Burrard Inlet dans North Vancouver et West Vancouver (figure 3.9). L'anneau extérieur est formé des banlieues plus nouvelles de ces trois

Figure 3.6 Part de la population de 65 ans et plus[1], selon la division de recensement, Canada, 1991

Échelle
0 400 800 km

Axe Windsor–Québec

Ville de Québec

Windsor

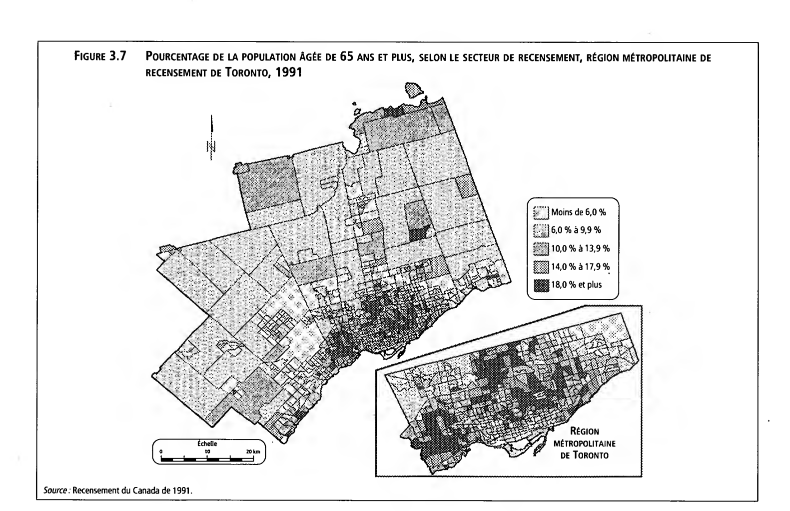
Échelle
0 200 400 km

- Moins de 0,25 %
- 0,25 % à 0,99 %
- 1,00 % à 1,99 %
- 2,00 % et plus

1. Part des personnes âgées = population de 65 ans et plus de la division de recensement / population canadienne de 65 ans et plus × 100.

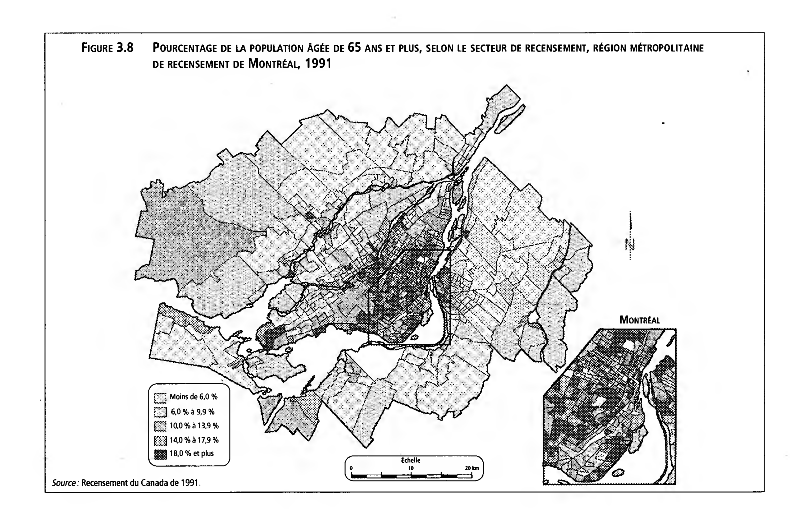
Source : Recensement du Canada de 1991.

FIGURE 3.7 POURCENTAGE DE LA POPULATION ÂGÉE DE 65 ANS ET PLUS, SELON LE SECTEUR DE RECENSEMENT, RÉGION MÉTROPOLITAINE DE RECENSEMENT DE TORONTO, 1991



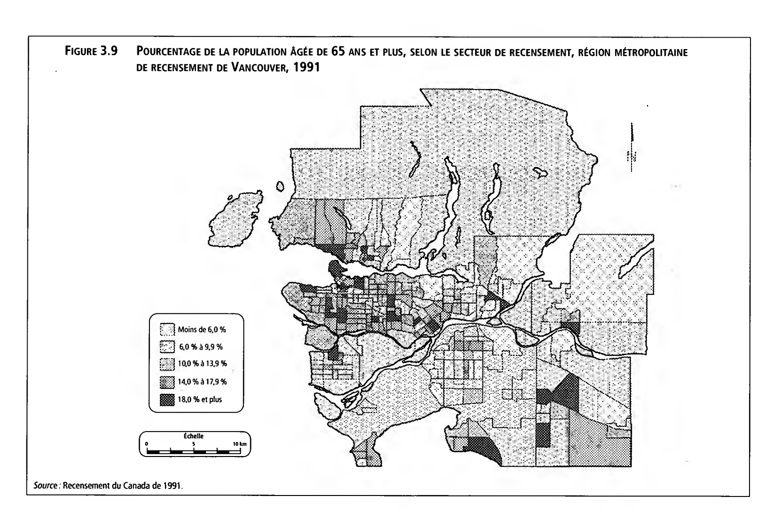
Source : Recensement du Canada de 1991.

Figure 3.8 Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus, selon le secteur de recensement, région métropolitaine de recensement de Montréal, 1991



Source : Recensement du Canada de 1991.

FIGURE 3.9 POURCENTAGE DE LA POPULATION ÂGÉE DE 65 ANS ET PLUS, SELON LE SECTEUR DE RECENSEMENT, RÉGION MÉTROPOLITAINE DE RECENSEMENT DE VANCOUVER, 1991



Source : Recensement du Canada de 1991.

régions métropolitaines de recensement, où le pourcentage de personnes de 65 ans et plus est actuellement relativement faible.

Dans les trois régions métropolitaines de recensement, le rapport hommes-femmes indique une prédominance des femmes âgées par rapport aux hommes âgés presque partout, sauf dans certains secteurs des banlieues plus éloignées où la fréquence des femmes vivant seules est faible. (Souvent, les grandes maisons que l'on retrouve dans ces banlieues ne sont pas indiquées pour les personnes qui vivent seules, de sorte que les personnes âgées seules qui en ont les moyens quittent ces endroits.) Dans l'ensemble, la population des banlieues a eu tendance à être beaucoup plus jeune; de plus, les personnes âgées y étaient proportionnellement plus nombreuses à avoir moins de 80 ans, et une forte proportion de ces aînés vivaient encore avec leur conjoint (figures 3.10 à 3.12).

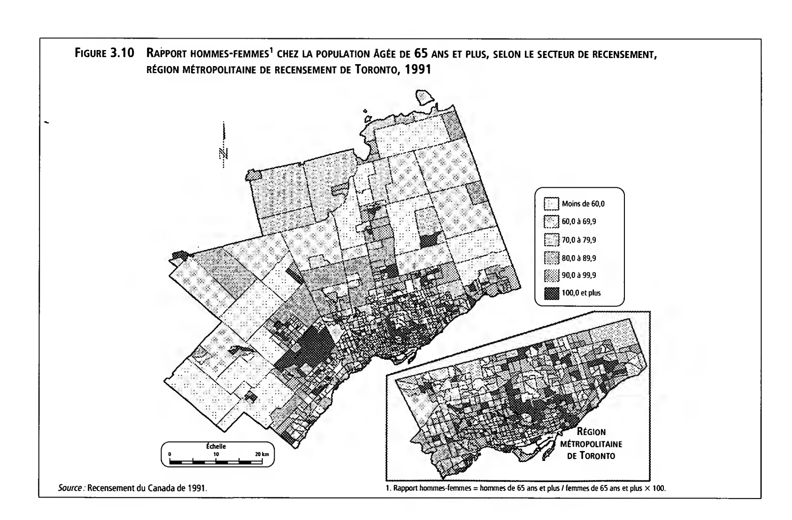
L'aspect le plus notable du vieillissement dans ces trois régions métropolitaines tient à l'accroissement rapide du vieillissement dans les banlieues proches. C'est en effet dans ces régions que l'on observe actuellement certains des taux de croissance de la population âgée les plus élevés au pays et, compte tenu du nombre absolu élevé de personnes âgées qui s'y trouvent, ces régions connaîtront un accroissement considérable de la demande de biens et de services spécialisés au cours des années à venir. Cependant, la densité de la population étant plus faible dans les banlieues, la prestation des services destinés à cette population âgée en croissance pose un problème.

3.3 LES CHANGEMENTS DANS LA RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DE LA POPULATION ÂGÉE

Nous examinons ici non seulement la répartition actuelle des personnes âgées, mais également la façon dont celle-ci évolue. Ce changement peut être mesuré de diverses façons qui reflètent à la fois la croissance absolue et la croissance relative de la population.

Entre 1986 et 1991, la population âgée du Canada a augmenté à un taux annualisé de 3,2 % par année[7]. Les taux d'accroissement pour chaque division de recensement ont toutefois varié sensiblement, passant de quelques valeurs négatives à un sommet de 9,5 % par année. Les taux de croissance élevés de la population âgée étaient manifestement un phénomène urbain, bien qu'ils aient eu tendance à être moins élevés dans les régions métropolitaines que dans les villes plus petites (figure 3.13 et tableau 3.3). Les régions adjacentes aux régions métropolitaines, et plus particulièrement celles situées près de Toronto, ont notamment affiché des taux de croissance très élevés durant cette période. Les régions particulièrement susceptibles d'afficher des taux de croissance élevés étaient celles qui avaient une faible proportion de personnes âgées en 1986; c'est le cas notamment de la banlieue de Toronto, dont un grand nombre des habitants qui étaient venus s'y établir durant les années 50 approchent maintenant de l'âge de la retraite. Contrairement aux mesures du vieillissement de la population, les taux de croissance eux-mêmes ont une forte relation positive avec les collectivités bénéficiant de revenus supérieurs à la moyenne et d'une économie prospère. À l'échelle régionale, les taux

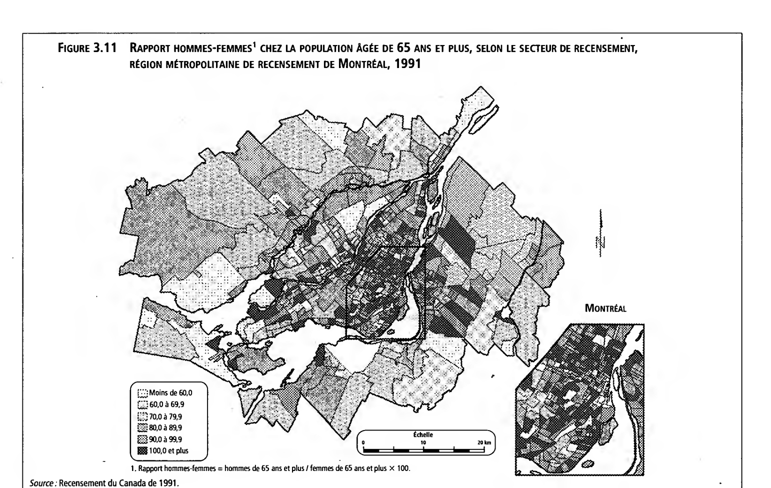
FIGURE 3.10 RAPPORT HOMMES-FEMMES[1] CHEZ LA POPULATION ÂGÉE DE 65 ANS ET PLUS, SELON LE SECTEUR DE RECENSEMENT, RÉGION MÉTROPOLITAINE DE RECENSEMENT DE TORONTO, 1991



Source : Recensement du Canada de 1991.

1. Rapport hommes-femmes = hommes de 65 ans et plus / femmes de 65 ans et plus × 100.

Figure 3.11 Rapport hommes-femmes[1] chez la population âgée de 65 ans et plus, selon le secteur de recensement, région métropolitaine de recensement de Montréal, 1991



1. Rapport hommes-femmes = hommes de 65 ans et plus / femmes de 65 ans et plus × 100.

Source : Recensement du Canada de 1991.

FIGURE 3.12 RAPPORT HOMMES-FEMMES[1] CHEZ LA POPULATION ÂGÉE DE 65 ANS ET PLUS, SELON LE SECTEUR DE RECENSEMENT, RÉGION MÉTROPOLITAINE DE RECENSEMENT DE VANCOUVER, 1991

Moins de 60,0
60,0 à 69,9
70,0 à 79,9
80,0 à 89,9
90,0 à 99,9
100,0 et plus

Échelle
0 5 10 km

Source : Recensement du Canada de 1991.

1. Rapport hommes-femmes = hommes de 65 ans et plus / femmes de 65 ans et plus × 100.

FIGURE 3.13 TAUX DE CROISSANCE ANNUELLE[1] DE LA POPULATION ÂGÉE DE 65 ANS ET PLUS, SELON LA DIVISION DE RECENSEMENT, CANADA, 1986 À 1991

Échelle
0 400 800 km

AXE WINDSOR–QUÉBEC

VILLE DE QUÉBEC

WINDSOR

Échelle
0 200 400 km

- Accroissement négatif
- 0,0 % à 1,9 %
- 2,0 % à 3,9 %
- 4,0 % à 4,9 %
- 5,0 % et plus

1. Taux de croissance annuelle = (population de la division de recensement de 65 ans et plus en 1991 / population de la division de recensement de 65 ans et plus en 1986)^{0,2} − 1,0.

Sources : Recensements du Canada de 1986 et de 1991.

TABLEAU 3.3 MODÈLES DE L'ACCROISSEMENT DE LA POPULATION ÂGÉE DE 1986 À 1991 POUR LES DIVISIONS DE RECENSEMENT

	Variables dépendantes					
Variables indépendantes	C(65)		Taux de croissance chez les 65 ans et plus de 1986 à 1991		C(80)	
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3	Modèle 4	Modèle 5	Modèle 6
Coordonnée à l'origine	0,8859***	0,8480***	– 0,0246*	– 0,0350*	1,6054***	1,9331***
Pourcentage de population urbaine	0,0011***	0,0008***	0,0002***	0,0002***	0,0009	0,0000
Région métropolitaine	– 0,0247*	– 0,0255*	– 0,0049*	– 0,0051*	– 0,0224	– 0,0228
Pourcentage d'immigrants de 1986 à 1991	0,0018	0,0039	0,0003	0,0007	– 0,0051	0,0147
Pourcentage de chômeurs	0,0069***	0,0043***	0,0013***	0,0008**	0,0158***	0,0105**
Variation en pourcentage du revenu de 1986 à 1991	0,0004	– 0,0006	0,0001	– 0,0001	– 0,0040*	– 0,0038*
Variation en pourcentage du chômage de 1986 à 1991	– 0,0005*	– 0,0005**	– 0,0001*	– 0,0001**	– 0,0011	– 0,0009*
Revenu moyen	0,0034**	– 0,0008	0,0006**	– 0,0001	– 0,0069*	– 0,0080*
Croissance démographique de 1986 à 1991	– 0,0221***	– 0,0229***	0,0060***	0,0058***	0,0095	– 0,0105
Pourcentage de titulaires d'un diplôme	– 0,0063*	– 0,0030	– 0,0012*	– 0,0006	– 0,0015	– 0,0006
Nombre de travailleurs de la santé par millier d'habitants	– 0,0006	0,0012*	– 0,0001	0,0002*	– 0,0015	0,0044**
Nombre de médecins par millier d'habitants	0,0084	0,0062	0,0018	0,0014	0,0331	0,0040
Température moyenne en juillet	0,0027	– 0,0006	0,0007	0,0001	0,0141*	0,0110*
Température moyenne en janvier	0,0026**	0,0050***	0,0005***	0,0010***	– 0,0026	0,0013
Nombre d'heures d'ensoleillement	– 0,0000	0,0001***	– 0,0000	0,0000***	– 0,0003***	– 0,0001*
Provinces de l'Atlantique	0,0020	0,0478***	0,0015	0,0099***	– 0,0349	0,0497
Québec	0,0689***	0,0750***	0,0134***	0,0145***	0,0087	0,0293
Ontario	0,0368*	0,0584***	0,0073*	0,0112***	0,0460	0,0975**
Provinces des Prairies	0,0612***	0,0681***	0,0127***	0,0140***	0,1730***	0,2011***
Pourcentage de femmes âgées de 20 à 35 ans		– 0,0118**		– 0,0020**		– 0,0060
Rapport entre le groupe des 60 à 64 ans et celui des 65 à 69 ans		0,2801***		0,0524***		0,1453
Pourcentage des 65 ans et plus en 1986		0,0001		0,0001		0,0048
Proportion des aînés âgés de 80 ans et plus		– 0,0061***		– 0,0011***		– 0,0382***
Degrés de liberté	272	268	272	268	272	268
Coefficient de détermination multiple	0,5616	0,7191	0,6774	0,7899	0,2735	0,5220

*** $p < 0,001$
** $p < 0,01$
* $p < 0,05$
Sources : Recensements du Canada de 1986 et de 1991.

d'accroissement ont été plus élevés au Québec que partout ailleurs; les régions qui, au départ, comptaient un nombre relativement faible de personnes âgées ont affiché les taux de croissance les plus élevés.

Les taux de croissance négatifs ont été observés principalement dans les petites collectivités du Nord, sous l'effet principalement de la migration de sortie des personnes âgées (voir la section 3.4). Dans l'ensemble, les provinces des Prairies et de l'Atlantique ont obtenu de faibles taux de croissance, alors que des taux de croissance importants ont été enregistrés dans les régions non métropolitaines de la Colombie-Britannique et du Québec. Comme nous le verrons ultérieurement, ces différences dans les taux de croissance sont attribuables à des combinaisons variables des phénomènes du vieillissement chez soi et de la migration dans les différentes régions du pays.

Dans l'ensemble du Canada, la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus (C_{65+}) a augmenté de 9,5 % entre 1986 et 1991 (passant de 10,7 % à 11,7 %); l'augmentation chez les personnes de 80 ans et plus (C_{80+}) a été de 14,5 %, la proportion ayant augmenté de 2,1 % à 2,4 %[8]. Les valeurs élevées de C_{65+} se retrouvent à Terre-Neuve, au Québec, dans le nord de l'Ontario, en Saskatchewan, en Alberta et dans la zone intérieure de la Colombie-Britannique (figure 3.14). C_{65+} est une mesure complexe, en ce qu'elle est associée positivement aux grands centres, alors qu'elle a une association fortement négative avec les régions à forte croissance (tableau 3.3). Ces régions à forte croissance, en particulier les régions de Vancouver et de Victoria et celles de l'Ontario, ont attiré en effet un nombre de jeunes immigrants qui est plus que suffisant pour compenser l'accroissement du nombre de personnes âgées.

Une méthode similaire peut être utilisée pour calculer les valeurs de C_{80+}, c'est-à-dire l'accroissement de la proportion des personnes âgées de 80 ans et plus. Bien qu'une certaine corrélation (0,42) existe entre les répartitions de C_{65+} et C_{80+}, des différences notables sont également présentes (figure 3.15 et tableau 3.3). La répartition de C_{80+} a tendance à être moins fonction des conditions économiques — bien que les valeurs tendent à être plus élevées dans les régions à faible revenu et à taux de chômage élevé — et à dépendre davantage du vieillissement antérieur de la population. Ainsi, les régions qui comptaient une forte proportion des personnes âgées de 80 ans et plus en 1986 ont eu tendance à avoir une population âgée qui s'est accrue plus rapidement que celle des autres régions. Dans les Prairies, par exemple, le taux de croissance de la population âgée de 80 ans et plus a été nettement supérieur à celui des autres régions.

La discussion qui précède fait ressortir la complexité de la géographie du vieillissement de la population au Canada. Certaines données semblaient indiquer le début du vieillissement de la population dans les banlieues immédiates des villes du Canada et d'autres sont venues confirmer l'importance qu'acquiert la zone intérieure de la Colombie-Britannique, qui représente une destination de choix pour les aînés du Canada. À l'opposé, dans les régions comme les provinces de l'Atlantique, l'accroissement de la population âgée a semblé suivre la croissance de la population non âgée. Afin de mieux comprendre ces tendances complexes, nous devons examiner l'importance du vieillissement chez soi et de la

Figure 3.14 Changement dans la proportion de la population âgée de 65 ans et plus (C_{65+})[1], selon la division de recensement, Canada, 1986 à 1991

Échelle
0 400 800 km

Axe Windsor–Québec

Ville de Québec

Windsor

Échelle
0 200 400 km

- Moins de 1,00
- 1,000 à 1,049
- 1,050 à 1,129
- 1,130 à 1,199
- 1,200 et plus

1. Changement (C_{65+}) = Proportion de la population de la division de recensement de 65 ans et plus en 1991 / proportion de la population de la division de recensement de 65 ans et plus en 1986.

Sources : Recensements du Canada de 1986 et de 1991.

FIGURE 3.15 CHANGEMENT DANS LA PROPORTION DE LA POPULATION ÂGÉE DE 80 ANS ET PLUS (C_{80+})[1], SELON LA DIVISION DE RECENSEMENT, CANADA, 1986 À 1991

1. Changement (C_{80+}) = Proportion de la population de la division de recensement de 80 ans et plus en 1991 / proportion de la population de la division de recensement de 80 ans et plus en 1986.

Sources : Recensements du Canada de 1986 et de 1991.

migration des personnes âgées par rapport à l'accroissement et à la migration de la population non âgée.

3.4 LE VIEILLISSEMENT CHEZ SOI, LA MIGRATION NETTE ET LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

Les sections qui précèdent donnent des indications sur la complexité du processus du vieillissement de la population. À l'intérieur d'une région ou d'une collectivité donnée, le vieillissement de la population, ou l'accroissement de la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus, découle des deux phénomènes suivants : le vieillissement chez soi et la migration nette.

Le vieillissement chez soi désigne l'effet net des naissances et des décès sur la structure par âge de la population locale. En termes plus précis, il s'agit de l'effet net du vieillissement sur les populations de moins de 65 ans et de 65 ans et plus, envisagées séparément[9]. Si $v_{<65}$ et v_{65+} représentent les taux de croissance de ces deux composantes de la population en fonction des naissances et des décès, alors, si v_{65+} est supérieur à $v_{<65}$, le vieillissement chez soi entraînera une augmentation du vieillissement de la population.

La migration nette désigne l'effet net de la migration d'entrée et de sortie qui a lieu dans la région parmi les personnes âgées de moins de 65 ans et les 65 ans et plus. Si $n_{<65}$ et n_{65+} représentent les taux de migration nette de ces deux segments de la population, alors, si n_{65+} est supérieur à $n_{<65}$, la migration nette aura pour effet d'accroître le vieillissement de la population.

En conséquence, le degré de vieillissement des populations locales — s'il y a vieillissement —dépend de l'interaction entre ces deux éléments et leurs taux constitutifs. Ces taux sont eux-mêmes modulés par les naissances, les décès, la migration d'entrée et la migration de sortie. Pour examiner la nature de ces changements, nous tenons compte de la répartition géographique des quatre taux constitutifs ($v_{<65}$, v_{65+}, $n_{<65}$ et n_{65+}), ainsi que des contributions relatives du vieillissement chez soi (α) et de la migration nette (η) au vieillissement de la population, où[7] :

$$C_{65+} = 1 + \alpha + \eta$$

Chacun des paramètres précités ($v_{<65}$, v_{65+}, $n_{<65}$ et n_{65+}) peut être estimé directement à partir des données de recensement obtenues pour les divisions de recensement en 1986 et 1991 (voir l'annexe 3.2).

Les taux d'accroissement des populations âgées de moins de 65 ans et de 65 ans et plus, imputables à l'effet du vieillissement chez soi ($v_{<65}$, v_{65+}), présentent des profils de répartition générale similaires (figures 3.16 et 3.17). Bien que les taux aient été constamment plus élevés pour les personnes de 65 ans et plus, ils ont eu tendance à être relativement plus élevés pour les deux profils de répartition dans le nord du Québec, le nord des Prairies et le nord de la Colombie-Britannique; des valeurs modérément élevées ont été obtenues pour Terre-Neuve. Dans le sud de la Colombie-Britannique où la population âgée de moins de 65 ans affiche un taux de croissance nettement inférieur à la moyenne, une différence marquée a été

FIGURE 3.16 TAUX DE CROISSANCE DE LA POPULATION ÂGÉE DE MOINS DE 65 ANS LIÉS AU VIEILLISSEMENT CHEZ SOI, SELON LA DIVISION DE RECENSEMENT, CANADA, 1986 À 1991

Échelle
0 400 800 km

AXE WINDSOR–QUÉBEC

VILLE DE QUÉBEC

WINDSOR

Échelle
0 200 400 km

- Accroissement négatif
- 0,00 % à 1,24 %
- 1,25 % à 2,99 %
- 3,00 % à 4,99 %
- 5,00 % et plus

Sources : Recensements du Canada de 1986 et de 1991.

FIGURE 3.17 TAUX DE CROISSANCE DE LA POPULATION ÂGÉE DE 65 ANS ET PLUS LIÉS AU VIEILLISSEMENT CHEZ SOI, SELON LA DIVISION DE RECENSEMENT, CANADA, 1986 À 1991

Sources : Recensements du Canada de 1986 et de 1991.

observée entre les deux taux. Des différences similaires sont apparues dans le centre de l'Ontario et les divisions de recensement à proximité de Montréal.

Dans l'ensemble de la Nouvelle-Écosse, à l'exclusion de Halifax, la population âgée a augmenté à un rythme beaucoup plus rapide que la population plus jeune, sous l'effet du vieillissement chez soi. Dans les régions où les femmes en âge de procréer formaient une fraction plus petite de la population locale, des valeurs inférieures à la moyenne ont été obtenues pour $v_{<65}$ (tableau 3.4). Les valeurs ont également été plus faibles dans les régions métropolitaines, où les taux de fécondité ont eu tendance à être moins élevés qu'en régions rurales. De plus, $v_{<65}$ a eu tendance à être plus élevé dans les régions où le taux de chômage est élevé. En revanche, les valeurs plus élevées pour v_{65+} ont été fortement associées aux milieux urbains, ainsi qu'aux régions où le revenu moyen et le taux d'accroissement du revenu étaient plus élevés. Cela s'explique du fait que la forme de la structure par âge au début de la période constitue le facteur déterminant de l'accroissement de la population âgée imputable au vieillissement chez soi. Ainsi, les valeurs élevées pour v_{65+} sont souvent associées aux régions qui comptent une forte proportion de personnes âgées de 60 à 64 ans par rapport aux 65 à 69 ans ainsi qu'une faible proportion d'aînés de 80 ans et plus — une situation propre à de nombreuses régions métropolitaines.

Passons maintenant aux taux de migration nette, définis par $n_{<65}$ et n_{65+}; les profils de répartition spatiale de ces deux variables présentaient eux aussi des points communs (figures 3.18 et 3.19). La migration nette parmi les personnes de moins de 65 ans a été caractérisée principalement par une migration de sortie de la plupart des divisions de recensement — la presque totalité des Prairies, du nord du Québec et des provinces de l'Atlantique, à l'exclusion des régions métropolitaines, affichant une perte nette des personnes de moins de 65 ans. Durant la période à l'étude, les régions en périphérie des régions métropolitaines et le sud de la Colombie-Britannique ont pour leur part enregistré des gains nets et, de façon générale, une forte association a été observée entre $n_{<65}$ et les régions qui connaissent une croissance économique et où le revenu est plus élevé.

La migration nette parmi les personnes âgées, représentée par n_{65+}, a eu tendance elle aussi à avoir une valeur négative dans la majeure partie des Prairies et du nord du Québec, bien que les pertes nettes aient souvent été inférieures à celles observées parmi les populations plus jeunes. En revanche, des gains ont été enregistrés dans le centre de l'Ontario, la périphérie de Montréal et le sud de la Colombie-Britannique. Bien qu'ils affichent une préférence générale pour les régions en croissance, ces migrants ont eu tendance à éviter les régions métropolitaines et leurs déplacements ont été plus fortement liés aux variables climatiques, ce qui témoigne de l'attrait des régions bénéficiant d'hivers moins rigoureux (tableau 3.4).

En combinant ces divers taux, les composantes du vieillissement commencent à se dessiner plus clairement. Nous avons d'abord calculé les contributions relatives du vieillissement chez soi (α) et de la migration nette (η) à l'accroissement du vieillissement de la population, entre 1986 et 1991. Pour l'ensemble du pays, la valeur de α a été de 0,106 (soit une augmentation de 10,6 % de la proportion des

FIGURE 3.18 TAUX DE MIGRATION NETTE DE LA POPULATION ÂGÉE DE MOINS DE 65 ANS, SELON LA DIVISION DE RECENSEMENT, CANADA, 1986 À 1991

Sources : Recensements du Canada de 1986 et de 1991.

FIGURE 3.19 TAUX DE MIGRATION NETTE DE LA POPULATION ÂGÉE DE 65 ANS ET PLUS, SELON LA DIVISION DE RECENSEMENT, CANADA, 1986 À 1991

Sources : Recensements du Canada de 1986 et de 1991.

TABLEAU 3.4 MODÈLES DE LA MIGRATION ET DU VIEILLISSEMENT CHEZ SOI POUR LES DIVISIONS DE RECENSEMENT

	VARIABLES DÉPENDANTES							
Variables indépendantes	Migration nette chez les moins de 65 ans $N(<65)$		Migration nette chez les 65 ans et plus $N(65+)$		Vieillissement chez soi chez les moins de 65 ans $V(<65)$		Vieillissement chez soi chez les 65 ans et plus $V(65+)$	
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3	Modèle 4	Modèle 5	Modèle 6	Modèle 7	Modèle 8
Coordonnée à l'origine	– 40,354***	– 38,293**	– 30,577***	– 22,109	– 2,699	20,500***	– 8,383	– 3,922
Pourcentage de population urbaine	– 0,020	– 0,044*	0,016	0,035	0,005	– 0,001	0,105***	0,032*
Région métropolitaine	– 1,978	– 2,126	– 4,302*	– 4,007**	– 0,453	– 0,150	– 0,024	– 0,222
Pourcentage d'immigrants de 1986 à 1991	– 0,967*	– 0,463	0,066	0,314	0,001	0,115	– 0,429	– 0,042
Pourcentage de chômeurs	– 0,583***	– 0,648***	– 0,045	0,196	0,220***	– 0,019	0,523***	– 0,151
Variation en pourcentage du revenu de 1986 à 1991	0,672***	0,674***	0,303***	0,327***	0,004	0,007	0,161*	0,019
Variation en pourcentage du chômage de 1986 à 1991	0,073**	0,077**	0,042	0,040	– 0,010	– 0,018***	– 0,063*	– 0,064***
Revenu moyen	0,437**	0,530**	– 0,296*	0,070	0,223***	– 0,092*	1,025***	0,088
Pourcentage de titulaires d'un diplôme	1,280***	0,975**	0,906*	0,691*	– 0,080	– 0,109	– 0,817*	– 0,469*
Nombre de travailleurs de la santé par millier d'habitants	– 0,095	0,039	0,216*	0,165*	– 0,075**	– 0,025	– 0,397***	– 0,038
Nombre de médecins par millier d'habitants	– 0,862	– 2,068*	– 1,308	– 1,430	– 0,037	0,292	1,653	1,052
Température moyenne en juillet	0,612*	0,645*	0,293	0,387	0,017	0,054	0,457*	0,037
Température moyenne en janvier	0,067	0,080	0,311**	0,165	0,018	0,103***	0,026	0,479***
Nombre d'heures d'ensoleillement	0,002	0,003	0,010**	0,007*	– 0,002*	– 0,001	– 0,010**	0,003
Provinces de l'Atlantique	– 8,114***	– 7,409***	– 0,522	– 1,343	1,500**	1,060**	– 3,034*	3,054*
Québec	– 3,994*	– 4,148*	1,336	2,184	1,230**	0,509	4,446**	3,930***
Ontario	– 8,145***	– 7,149***	– 0,312	– 0,729	1,587**	2,280***	0,130	3,992**
Provinces des Prairies	– 10,318***	– 9,064***	– 2,216	– 1,818	4,760***	4,326***	5,657**	6,624***
Pourcentage de femmes âgées de 20 à 35 ans		1,520*		0,074		– 0,256**		– 0,697*
Rapport entre le groupe des 60 à 64 ans et celui des 65 à 69 ans		– 7,811*		– 14,518**		– 4,561***		36,732***
Pourcentage des 65 ans et plus, 1986		0,466		0,225		– 0,829***		– 0,425*
Proportion des aînés âgés de 80 ans et plus		– 1,037***		– 0,189		0,143***		– 1,016***
Degrés de liberté	272	268	272	268	272	268	272	268
Coefficient de détermination multiple	0,575	0,625	0,330	0,368	0,448	0,704	0,523	0,801

*** $p < 0,001$
** $p < 0,01$
* $p < 0,05$
Sources : Recensements du Canada de 1986 et de 1991.

65 ans et plus), et η était égal à - 0,013 (indiquant une diminution de 1,3 %). Ces valeurs témoignent à la fois de l'ampleur du phénomène du vieillissement chez soi et du faible effet négatif qu'a la migration nette sur le vieillissement. Les valeurs obtenues par division de recensement ont varié considérablement, bien que, dans la plupart des cas, le vieillissement chez soi ait dominé la migration nette. Le vieillissement chez soi est un phénomène fortement urbain, plus marqué dans les régions où le revenu est supérieur à la moyenne. Les variables climatiques n'exercent une influence importante qu'après élimination des variables fictives régionales, ces dernières valeurs étant constamment plus élevées au Québec et moins élevées dans les provinces de l'Atlantique (tableau 3.5).

Les effets de la migration nette (η) ont été très différents. Ainsi, bien que $n_{<65}$ et n_{65+} aient tous deux été associés de façon positive aux régions à forte croissance et à revenu élevé, la différence nette entre ces taux a produit la relation inverse, c'est-à-dire une forte association entre les valeurs supérieures de η et les régions à faible croissance et à faible revenu (tableau 3.5). Cela tient au fait que la migration d'entrée nette des plus jeunes vers les régions à forte croissance a toujours été supérieure à la migration d'entrée des personnes âgées, ce qui a réduit le taux de vieillissement de la population. Parallèlement, l'effet net de la migration sur le vieillissement a été constamment plus élevé dans les quatre autres régions qu'en Colombie-Britannique et dans les territoires, ce qui témoigne de l'importance de la migration des jeunes d'âge actif dans cette cinquième région.

3.5 UNE CLASSIFICATION DES SCÉNARIOS DU VIEILLISSEMENT

Les diverses interactions des rôles de α et η d'une région à une autre du pays produisent différents effets sur le vieillissement, et il en va de même des composantes de η. Nous pouvons utiliser la distribution multidimensionnelle de ces valeurs pour établir une classification des scénarios du vieillissement[10]. Dans la présente classification, nous faisons une distinction selon l'effet sur le vieillissement de la population entre, d'une part, les régions où le vieillissement chez soi est dominant mais où la migration demeure importante et, d'autre part, celles où la migration domine. À partir des valeurs de α et η et des valeurs de $n_{<65}$ et n_{65+}, les neuf scénarios suivants ont été définis. Dans les scénarios 3 à 6, le vieillissement chez soi est le phénomène dominant, alors que dans les scénarios 7 à 9, c'est la migration qui domine.

1. **Stabilité :** L'effet total du vieillissement chez soi et de la migration produit une variation inférieure à 3,5 % dans la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus entre 1986 et 1991, et aucun effet individuel n'est supérieur à 3,5 %.
2. **Déconcentration :** Les effets combinés du vieillissement chez soi et de la migration produisent une diminution du vieillissement de la population ($\alpha + \eta < 0$).
3. **Vieillissement chez soi : migration stable ou diminution du vieillissement :** Les effets nets de la migration sont insignifiants ou ils produisent une réduction du taux de vieillissement de la population ($\alpha > 3{,}5$; $\eta <= 0$).

TABLEAU 3.5 MODÈLES DES EFFETS NETS DU VIEILLISSEMENT CHEZ SOI ET DE LA MIGRATION SUR LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

Variables indépendantes	Variables dépendantes: Effets nets du vieillissement chez soi (α)		Effets nets de la migration (η)	
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3	Modèle 4
Coordonnée à l'origine	– 6,131	– 22,590**	10,872	14,166
Pourcentage de population urbaine	0,091***	0,031*	0,023	0,061**
Région métropolitaine	0,264	– 0,190	– 1,764	– 1,419
Pourcentage d'immigrants de 1986 à 1991	– 0,371	– 0,145	0,933*	0,669*
Pourcentage de chômeurs	0,281*	– 0,127	0,558***	0,828***
Variation en pourcentage du revenu de 1986 à 1991	0,139*	0,011	– 0,363***	– 0,343***
Variation en pourcentage du chômage de 1986 à 1991	– 0,049*	– 0,043**	– 0,027	– 0,032
Revenu moyen	0,752***	0,169*	– 0,648***	– 0,408**
Pourcentage de titulaires d'un diplôme	– 0,656*	– 0,309*	– 0,450	– 0,354
Nombre de travailleurs de la santé par millier d'habitants	– 0,284***	– 0,007	0,286***	0,120*
Nombre de médecins par millier d'habitants	1,416	0,615	– 0,262	0,693
Température moyenne en juillet	0,389*	– 0,019	– 0,376*	– 0,326
Température moyenne en janvier	– 0,009	0,328***	0,228**	0,089
Nombre d'heures d'ensoleillement	– 0,008**	0,003*	0,007**	0,004
Provinces de l'Atlantique	– 3,753*	2,040*	6,684***	5,340***
Québec	3,032*	3,127***	4,926***	5,771***
Ontario	– 1,417	1,423	7,633***	6,322***
Provinces des Prairies	0,792	1,984*	7,636***	6,852***
Pourcentage de femmes âgées de 20 à 35 ans		– 0,398		– 1,248**
Rapport entre le groupe des 60 à 64 ans et celui des 65 à 69 ans		37,273***		– 4,822
Pourcentage des 65 ans et plus en 1986		0,316*		– 0,177
Proportion des aînés âgés de 80 ans et plus		– 1,002***		0,774***
Degrés de liberté	272	268	272	268
Coefficient de détermination multiple	0,517	0,824	0,540	0,605

*** $p < 0,001$
** $p < 0,01$
* $p < 0,05$
Sources : Recensements du Canada de 1986 et de 1991.

4. **Vieillissement chez soi : rassemblement dû à la migration**[11] **:** Le terme «rassemblement» (McCarthy, 1983) s'entend du phénomène où il y a migration d'entrée nette à la fois parmi les personnes âgées et la population non âgée, mais où le taux de migration d'entrée des aînés est plus élevé ($\alpha>\eta$; $\eta>0$; $n_{<65,}$ $n_{65+}>0$[12], $n_{<65}<n_{65+}$).

5. **Vieillissement chez soi : recomposition due à la migration :** Il y a recomposition lorsqu'on observe une migration d'entrée nette parmi les personnes âgées et une migration de sortie nette parmi la population non âgée ($\alpha>\eta$; $\eta>0$; $n_{<65,}<0$, $n_{65+}>0$), $n_{<65}<n_{65+}$).

6. **Vieillissement chez soi : accumulation due à la migration :** Il y a accumulation lorsqu'on obtient une migration de sortie nette parmi la population âgée et non âgée, mais que le taux de migration de sortie est plus élevé parmi la population non âgée ($\alpha>\eta$; $\eta>0$; $n_{<65,}<0$, $n_{65+}<0$), $n_{<65}<n_{65+}$).

7. **Rassemblement dû à la migration :** La migration est plus importante que le vieillissement chez soi et la proportion des aînés s'accroît plus rapidement que celle des personnes non âgées ($\alpha>\eta$; $\eta>0$; $n_{<65}$, $n_{65+}>0$, $n_{<65}<n_{65+}$).

8. **Recomposition due à la migration :** ($\alpha>\eta$; $\eta>0$; $n_{<65,}<0$, $n_{65+}>0$), $n_{<65}<n_{65+}$).

9. **Accumulation due à la migration :** ($\alpha>\eta$; $\eta>0$; $n_{<65,}<0$, $n_{65+}<0$), $n_{<65}<n_{65+}$).

Cette classification montre que les scénarios du vieillissement sont dominés par le processus du vieillissement chez soi (tableau 3.6). Ainsi, dans 42,8 % des divisions de recensement, on a observé un vieillissement chez soi important, vieillissement qui a été atténué quelque peu par l'effet de la migration; dans 28,2 % des divisions, on a observé à la fois le phénomène du vieillissement chez soi et un accroissement du vieillissement dû à la migration. Seulement 8,9 % des divisions de recensement ont été stables ou ont affiché une diminution du vieillissement et, 20,1 % ont vu la migration dominer. Parmi les scénarios visant la migration, c'est celui de la recomposition qui a été le plus fréquent, alors que l'accumulation a eu beaucoup moins d'ampleur que durant les périodes intercensitaires précédentes (Bekkering, 1990). Enfin, le scénario du rassemblement a été le moins important, et il s'est produit surtout dans les régions où le vieillissement chez soi était dominant.

La répartition géographique de ces scénarios est loin d'être uniforme (figures 3.20 et 3.21; le tableau 3.6 indique à la fois la répartition en pourcentage par région et un indice de concentration)[13]. Les régions où le vieillissement a été imputable principalement à la migration étaient beaucoup plus susceptibles d'être situées dans les provinces de l'Atlantique et les Prairies qu'ailleurs. Le scénario du rassemblement a toutefois fait exception, mais celui-ci a été associé à une migration d'entrée nette des personnes non âgées, et il s'est produit uniquement dans certaines régions de la Colombie-Britannique et de l'Ontario et dans les environs de Montréal. Les régions stables, où le vieillissement chez soi et la migration n'ont eu que peu d'effet, étaient situées principalement dans les provinces de l'Atlantique, alors que la réduction du vieillissement et le vieillissement atténué par la migration ont été observés surtout en Colombie-Britannique et en Ontario.

TABLEAU 3.6 DISTRIBUTION DES SCÉNARIOS DU VIEILLISSEMENT SELON LA RÉGION ET LA PROVINCE, 1991

	SCÉNARIOS DU VIEILLISSEMENT								
				EFFET DOMINANT DU VIEILLISSEMENT CHEZ SOI			EFFET DOMINANT DE LA MIGRATION		
	Stabilité (1)	Baisse du vieillissement (2)	Baisse du vieillissement due à la migration (3)	Rassemblement (4)	Recomposition (5)	Accumulation (6)	Rassemblement (7)	Recomposition (8)	Accumulation (9)
Régions									
Provinces de l'Atlantique	15,2[1]	0,0	15,2	2,2	13,0	19,6	0,0	26,1	8,7
Québec	0,0	1,0	46,5	11,1	18,2	13,1	0,0	7,1	3,0
Ontario	4,1	8,2	69,4	10,2	6,1	0,0	2,0	0,0	0,0
Provinces des Prairies	1,7	6,7	25,0	5,0	5,0	8,3	1,7	30,0	16,7
Colombie-Britannique et les territoires	0,0	19,4	61,1	8,3	5,6	0,0	5,6	0,0	0,0
Total	3,4	5,5	42,8	7,9	11,0	9,3	1,4	12,8	5,9
Indice de concentration des scénarios[2]									
Provinces de l'Atlantique	4,4	0,0	0,4	0,3	1,2	2,1	0,0	2,0	1,5
Québec	0,0	0,2	1,1	1,4	1,6	1,4	0,0	0,6	0,5
Ontario	1,2	1,5	1,6	1,3	0,6	0,0	1,5	0,0	0,0
Provinces des Prairies	0,5	1,2	0,6	0,6	0,5	0,9	1,2	2,4	2,8
Colombie-Britannique et les territoires	0,0	3,5	1,4	1,1	0,5	0,0	4,0	0,0	0,0
Nombre de divisions de recensement par province et territoire									
Terre-Neuve	0	0	2	0	2	3	0	2	1
Île-du-Prince-Édouard	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Nouvelle-Écosse	6	0	1	0	1	1	0	7	2
Nouveau-Brunswick	0	0	4	1	3	5	0	2	0
Québec	0	1	46	11	18	13	0	7	3
Ontario	2	4	34	5	3	0	1	0	0
Manitoba	0	4	7	0	0	1	1	7	3
Saskatchewan	0	0	2	0	0	2	0	8	6
Alberta	1	0	6	3	3	2	0	3	1
Colombie-Britannique	0	4	20	3	2	0	1	0	0
Yukon et Territoires du Nord-Ouest	0	3	2	0	0	0	1	0	0
Total	10	16	124	23	32	27	4	37	17

1. Pourcentage des divisions de recensement dans les provinces de l'Atlantique affichant le scénario de la stabilité.
2. Pourcentage entre la concentration du scénario dans la région et sa concentration dans l'ensemble du pays.
Source : Recensement du Canada de 1991.

Les profils «moyens» ou «typiques» des régions auxquelles sont associés les différents scénarios fournissent d'autres précisions sur la structure du vieillissement de la population (tableau 3.7). Sur le plan démographique, les régions stables et les divisions de recensement dominées par les effets de la recomposition et de l'accumulation ont été les plus âgées, autant quant à la proportion de personnes de 65 ans et plus qu'à l'importance relative des très âgés. Les populations plus jeunes étaient concentrées dans les divisions de recensement où le vieillissement était en baisse ou encore celles où la migration atténuait le processus de vieillissement, deux phénomènes également associés à un revenu supérieur à la moyenne et à des taux de croissance annuelle élevés. À cause de ces variables économiques, les divisions de recensement associées au rassemblement se distinguaient nettement de celles caractérisées par la recomposition et l'accumulation; ces divisions étaient également beaucoup plus susceptibles d'être des régions urbaines. Les taux de croissance moyens ont été fortement positifs dans les régions associées au rassemblement, mais ils ont été négatifs pour les quatre catégories caractérisées par la recomposition et l'accumulation.

Par ailleurs, une nette distinction a été observée entre les régions où il y a eu diminution du vieillissement et celles marquées par un ralentissement du vieillissement sous l'effet de la migration. Ainsi, les premières consistaient pour la plupart en des régions non urbaines, dont bon nombre étaient situées dans le nord, tandis que les dernières étaient principalement des régions en croissance situées en Ontario, au Québec et en Colombie-Britannique.

Lorsqu'on examine les variables liées aux services de santé, on constate que le lien le plus fort s'établit avec les taux de croissance démographique — plus le taux de croissance est élevé, plus le rapport entre le nombre de travailleurs de la santé et de lits par millier d'habitants est faible. Cela tend à corroborer l'opinion voulant que les régions plus petites continuent de profiter des investissements faits antérieurement en regard d'une population de base relativement plus importante dans les petites collectivités urbaines et rurales. Enfin, après neutralisation des répartitions détaillées selon l'âge s'appliquant à la population âgée de 65 ans et plus, aucune différence marquée n'est ressortie entre les taux d'incapacité chez les personnes âgées, si ce n'est des taux plus élevés dans les quelques régions stables.

3.6 CONCLUSION

Au Canada, le vieillissement chez soi représente aujourd'hui le processus dominant à presque chaque échelon géographique, bien que son interaction avec la migration diffère d'une région à l'autre du pays (Morrison, 1992). Comme on pouvait s'y attendre, les taux de vieillissement les plus élevés ont été observés dans les régions où la migration est venue renforcer l'effet du vieillissement chez soi. Cependant, même dans les régions où le vieillissement chez soi a été atténué par la migration, la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus a augmenté en moyenne de 10 % entre 1986 et 1991.

Comme la structure des effets de la migration est fortement associée à la performance économique d'une région, tout changement majeur dans l'attrait

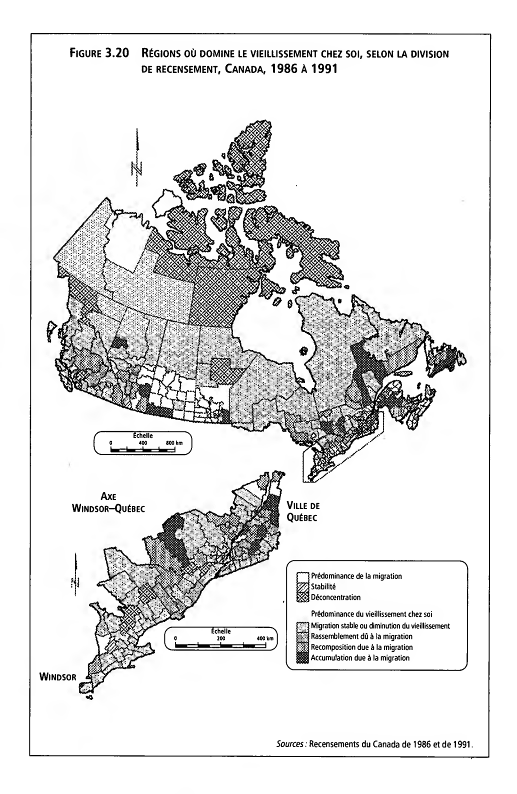
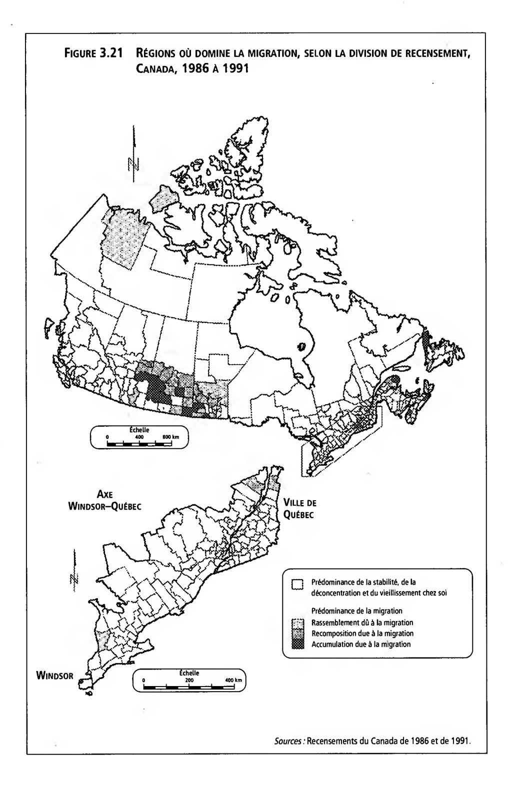


Figure 3.20 Régions où domine le vieillissement chez soi, selon la division de recensement, Canada, 1986 à 1991

Sources : Recensements du Canada de 1986 et de 1991.

FIGURE 3.21 RÉGIONS OÙ DOMINE LA MIGRATION, SELON LA DIVISION DE RECENSEMENT, CANADA, 1986 À 1991



Sources : Recensements du Canada de 1986 et de 1991.

TABLEAU 3.7 PROFILS DES SCÉNARIOS DU VIEILLISSEMENT

	SCÉNARIOS DU VIEILLISSEMENT								
				EFFET DOMINANT DU VIEILLISSEMENT CHEZ SOI			EFFET DOMINANT DE LA MIGRATION		
Variables	Stabilité (1)	Baisse du vieillissement (2)	Baisse du vieillissement due à la migration (3)	Rassemblement (4)	Recomposition (5)	Accumulation (6)	Rassemblement (7)	Recomposition (8)	Accumulation (9)
Pourcentage des personnes âgées de 65 ans et plus en 1991	14,2[1]	8,8	10,6	12,7	11,8	12,7	10,1	15,1	15,8
Pourcentage des aînés âgés de 80 ans et plus	0,232	0,181	0,191	0,202	0,199	0,197	0,210	0,237	0,230
Rapport hommes-femmes parmi les personnes âgées	1,33	1,06	1,25	1,39	1,24	1,23	1,06	1,23	1,18
Pourcentage de population urbaine	35,3	24,5	58,0	67,5	47,5	41,3	40,2	35,5	29,7
Revenu moyen en 1991	37 753	44 448	43 703	41 002	37 582	35 456	40 630	35 030	34 598
Taux de croissance annuelle de 1986 à 1991	0,009	0,033	0,016	0,014	– 0,000	– 0,007	0,033	– 0,006	– 0,013
Température moyenne en janvier	– 6,4	– 15,2	– 10,6	– 9,6	– 11,4	– 11,7	– 13,7	– 12,4	– 13,1
Nombre de travailleurs de la santé par millier d'habitants	27,9	19,2	24,7	30,2	24,9	24,4	19,7	26,9	24,9
Nombre de lits d'hôpitaux par millier d'habitants	6,2	2,7	4,9	7,0	5,9	6,1	4,5	7,3	7,0
Taux d'incapacité des personnes âgées par millier d'habitants	26,3	21,9	20,6	19,7	18,3	18,6	24,6	20,2	18,6
C(65)	1,03	0,94	1,10	1,13	1,18	1,16	1,08	1,12	1,13

1. Moyenne non pondérée du scénario de stabilité pour les divisions de recensement.
Source : Recensement du Canada de 1991.

économique d'une collectivité risque d'engendrer des changements marqués dans le taux de vieillissement local. C'est ce qui s'est produit en Ontario, où 70 % des divisions de recensement ont été classées dans la catégorie formée des régions où la migration atténue les effets du vieillissement chez soi. Cependant, si des changements majeurs dans les mouvements des immigrants et des migrants plus jeunes devaient se produire en faveur de l'Ouest, le taux de vieillissement de la population de l'Ontario pourrait alors augmenter sensiblement.

Au Canada, 39 % des divisions de recensement ont été directement touchées par la recomposition et l'accumulation et ont affiché les taux de vieillissement les plus élevés. Ces collectivités étaient moins urbaines, plus pauvres et déjà âgées, et leur population était en régression. Il s'agissait également des régions où les ressources nécessaires pour offrir des services aux personnes âgées risquaient d'être plus limitées et, compte tenu de la structure de la population et de l'économie locale, où la capacité de recueillir des fonds par la perception d'impôts municipaux était elle aussi réduite (Rosenberg et Moore, 1990). Même si bon nombre de ces régions sont actuellement assez bien desservies, le maintien futur d'une quantité de services suffisante pour répondre aux demandes d'une population âgée toujours plus nombreuse nécessitera une forme quelconque de système de paiements de transfert. Cette question prend une dimension à la fois interprovinciale et intraprovinciale, les Prairies et les provinces de l'Atlantique étant beaucoup plus en évidence que les autres provinces dans les scénarios où l'effet de la migration domine. L'importance de la recomposition dans ces deux régions semble indiquer que le phénomène de la migration de retour chez les personnes âgées prend de l'ampleur; il faudra donc à l'avenir y porter une attention beaucoup plus grande. En effet, si cette migration de retour se produit parmi les personnes les plus âgées, dont les besoins en matière de services de santé et de services sociaux sont plus grands, les problèmes liés à la prestation des services seront particulièrement graves.

Annexe 3.1

Le vieillissement de la population concepts et mesures

Le vieillissement de la population est défini comme la variation de la proportion de la population qui, dans une région donnée, est âgée de 65 ans et plus. La notation suivante est utilisée :

$P_{65+}(0)$, $P_{65+}(1)$ représentent le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus, aux périodes 0 et 1 respectivement.

$P_{<65}(0)$, $P_{<65}(1)$ représentent le nombre de personnes de moins de 65 ans, aux périodes 0 et 1 respectivement.

$P_{tot}(0)$, $P_{tot}(1)$ représentent la population totale, aux périodes 0 et 1 respectivement.

$f_{65+}(0)$, $f_{65+}(1)$ sont les proportions des personnes âgées de 65 ans et plus, où

$$f_{65+}(0) = P_{65+}(0) / P_{tot}(0) \quad (1)$$

Les mesures du vieillissement de la population

$$C_{65+} = f_{65+}(1) / f_{65+}(0) \quad (2)$$

est le rapport entre les proportions de personnes âgées de 65 ans et plus, aux périodes 0 et 1 respectivement.

$$g_{65+} = P_{65+}(1) / P_{65+}(0) - 1 \quad (3)$$

représente la hausse proportionnelle dans la population âgée de 65 ans et plus, entre les périodes 0 et 1.

Si l'intervalle de temps entre 0 et 1 est de cinq ans, alors

$$g^*_{65+} = (P_{65+}(1) / P_{65+}(0))^{1/5} - 1 \quad (4)$$

est le taux de croissance annualisé de la population âgée de 65 ans et plus.

Des mesures similaires peuvent être définies pour la population totale (P_{tot}) et la population âgée de moins de 65 ans ($P_{<65}$).

Les composantes du vieillissement de la population

Dans une région, la population change en fonction des naissances, des décès, de la migration d'entrée et de la migration de sortie. Par conséquent,

$$P_{tot}(1) = P_{tot}(0) + N - D + ME - MS \quad (5)$$

où N = naissances durant l'intervalle 0, 1[1];
D = décès;
ME = migrants d'entrée arrivés dans la région durant l'intervalle 0, 1;
MS = migrants de sortie ayant quitté la région durant l'intervalle 0, 1.

À partir du concept des «naissances», qui désigne l'accession à un groupe d'âge depuis le groupe d'âge qui le précède immédiatement, et celui des «décès», qui désigne l'accession d'une personne au groupe d'âge suivant, l'équation en (5) peut être utilisée pour définir les changements survenus dans les groupes de moins de 65 ans et de 65 ans et plus.

Par conséquent,

$$P_{65+}(1) = P_{65+}(0) + N_{65} - D_{65+} + ME_{65+} - MS_{65+} \quad (6)$$

où N_{65} est le nombre de personnes qui atteignent l'âge de 65 ans durant l'intervalle 0, 1;

$$P_{<65}(1) = P_{<65}(0) + N - D_{<65} + ME_{<65} - MS_{<65} \quad (7)$$

où $D_{<65}$ est la somme du nombre de personnes décédées et du nombre de personnes qui atteignent l'âge de 65 ans durant l'intervalle 0, 1; et N, le nombre de naissances durant l'intervalle 0, 1.

Dans l'équation (6), nous pouvons considérer que la valeur $(N_{65} - D_{65+})$ contribue au vieillissement chez soi de la population âgée de 65 ans et plus (V_{65}) et que $(ME_{65+} - MS_{65+})$ définit la migration nette des personnes de 65 ans et plus (N_{65+}).

Par conséquent,

$$P_{65+}(1) = P_{65+}(0) + V_{65+} + N_{65+} \quad (8)$$

$$= P_{65+}(0)\,(1 + v_{65+} + n_{65+}) \quad (9)$$

où v_{65+}, n_{65+} représentent les variations proportionnelles dans la population âgée de 65 ans et plus attribuables respectivement au vieillissement chez soi et à la migration nette.

De même,

$$P_{<65}(1) = P_{<65}(0)\,(1 + v_{<65} + n_{<65}) \quad (10)$$

1. Un système de comptabilité complet tiendrait compte également des naissances et des décès parmi les migrants d'entrée et de sortie (Rees et Wilson, 1977); cependant, le fait d'ignorer ces variables multiples ne donne lieu qu'à une faible erreur.

En combinant l'information qui précède, il peut être démontré que :

$$C_{65} = \frac{1 + v_{65+} + n_{65+}}{f_{65+}(0)(1 + v_{65+} + n_{65+}) + (1 - f_{65+}(0))(1 + v_{<65} + n_{<65})} \quad (11)$$

Il s'ensuit directement que C_{65} augmente si $(v_{65+} + n_{65+}) > (v_{<65} + n_{<65})$. Cependant, comme $v_{65+} > v_{<65}$ dans la majorité des collectivités et que v_{65+} est supérieur à n_{65+} presque partout, il s'ensuit que la migration nette globale définie par n_{65+} et $n_{<65}$ contribue à renforcer ou à atténuer les effets dominants du vieillissement chez soi.

De façon générale, C_{65+} augmente à mesure que v_{65+} et n_{65+} augmentent et diminue lorsque $v_{<65}$ et $n_{<65}$ augmentent.

Aux chapitres 1 et 3, nous examinons la variation des composantes v_{65+}, $v_{<65}$, $n_{<65}$, n_{65+} en fonction des différentes conditions dans les collectivités locales.

Décomposition de C_{65+}

Il est utile de décomposer le rapport des proportions de personnes de 65 ans et plus aux intervalles 0 et 1, en fonction des composantes du changement attribuables au vieillissement chez soi et à la migration nette.

Par conséquent,

$$C_{65} = 1 + \alpha + \eta \quad (12)$$

où α est la variation proportionnelle due au vieillissement chez soi et η, la variation proportionnelle due à la migration nette.

Si

$S_{65+}(1)$ est la population qui survit dans la région, de 0 à 1, et qui est âgée de 65 ans et plus à 1, et

$S_{<65}(1)$ est la population survivante de 0 à 1, incluant les personnes nées des résidents de la région entre 0 et 1 et âgées de moins de 65 ans à 1,

alors

$$C_{65+}(S) = \frac{S_{65+}(1)}{S_{tot}(1)} \bigg/ \frac{P_{65+}(0)}{P_{tot}(1)} = 1 + \alpha \quad (13)$$

et

$$\alpha = C_{65+}(S) - 1 \quad (14)$$

et

$$\eta = C_{65+} - C_{65+}(S) \quad (15)$$

Comme v_{65+} et $v_{<65}$ sont définis par les populations à risque qui sont âgées de 65 ans et plus ou de moins de 65 ans et qu'ils définissent la contribution du vieillissement chez soi au vieillissement de la population totale, la relation entre les paramètres n'est pas simple.

$$\alpha = \frac{1 + v_{65+}}{f_{65+}(0)(1 + v_{65+}) + (1 - f_{65+}(0))(1 + v_{<65})} - 1 \qquad (16)$$

Cependant, il découle directement de (16) que

$$\alpha \lesseqgtr 0 \quad \text{puisque} \quad v_{65+} \lesseqgtr v_{<65}$$

De même

$$\eta \lesseqgtr 0 \quad \text{puisque} \quad \eta_{65+} \lesseqgtr \eta_{<65}$$

Annexe 3.2

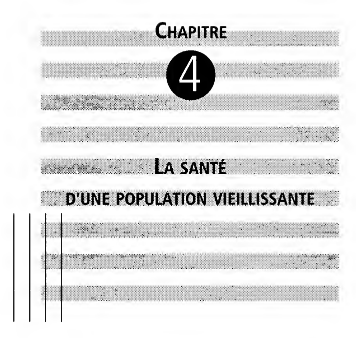
Une brève note technique sur la modification des limites entre 1986 et 1991

Afin de pouvoir comparer les populations âgées en 1986 et 1991 à l'échelon des divisions de recensement, il a fallu tenir compte des modifications apportées aux limites durant l'intervalle, principalement au Québec. Nous avons pour ce faire examiné les subdivisions de recensement qui formaient les divisions de recensement en 1986 et les avons attribuées à la division de recensement de 1991 à laquelle elles correspondaient entièrement; lorsque la subdivision de recensement recoupait plus d'une division de recensement, la population a alors été divisée entre les divisions de recensement, à parts égales. De cette façon, seulement 99 subdivisions de recensement de 1986 ont été divisées entre deux subdivisions de recensement, ou plus, de 1991. Bien qu'il n'existe aucun moyen de savoir si les modifications des limites ont influé sur les données, il est probable que l'effet ait été minime dans la plupart des cas.

Notes en fin de chapitre

1. Les dimensions régionales du vieillissement ont été davantage étudiées aux États-Unis, où les répercussions fiscales pour les collectivités locales sont plus évidentes. Frey (1986, 1992, 1995) a beaucoup écrit sur la redistribution de la population âgée aux États-Unis, alors que Morrison (1992) a récemment fait valoir qu'il faudrait, au cours des années à venir, accorder plus d'importance au vieillissement chez soi, à la fois dans les études démographiques et la politique gouvernementale. Cependant, c'est surtout la migration (ou l'absence de migration) qui a retenu l'attention des auteurs des ouvrages sur la redistribution de la population.
2. Voir Moore et Rosenberg, 1988; Moore et coll., 1989 et Rosenberg et Moore, 1990.
3. Il s'agit d'une définition au sens algébrique; par conséquent, si les deux taux de migration nette sont négatifs et que le taux de migration de sortie est plus élevé parmi les moins de 65 ans que chez les 65 ans et plus, alors le taux de migration nette pour les aînés sera algébriquement supérieur à celui pour la population âgée de moins de 65 ans.
4. Bien que les taux de fécondité et de mortalité de la population autochtone du Canada aient diminué au cours des deux dernières décennies, en termes relatifs, les Autochtones qui vivent dans les régions éloignées du nord du Canada continuent d'avoir des taux de fécondité et de mortalité relativement plus élevés que la population allochtone du sud du Canada.
5. Les corrélations écologiques sont établies entre des mesures basées sur des régions, et non sur des personnes.
6. Voir le chapitre 1 pour une explication détaillée du rapport de dépendance.
7. Voir le chapitre 1 pour une explication détaillée du taux de croissance annualisé.
8. Voir le chapitre 1 pour une explication détaillée de C_{65+}.
9. Voir l'annexe 3.1 pour une description complète du modèle et de la notation qui s'y rapporte.
10. Cette classification est basée sur les travaux de McCarthy (1983) et de Bekkering (1990). Le premier s'est intéressé principalement au rôle de la migration, alors que Bekkering a créé une catégorie distincte pour le vieillissement chez soi.
11. Les termes «rassemblement», «recomposition» et «accumulation» proviennent de McCarthy (1983).

12. L'effet combiné de la migration nette chez les personnes âgées et non âgées est supérieur à 3,5 %.
13. L'indice correspond au rapport entre le nombre de régions caractérisées par un scénario donné et le nombre auquel on pourrait s'attendre si la répartition était identique dans chaque région.



Selon la croyance populaire, les personnes âgées ont davantage de problèmes de santé que les jeunes; or comme la population de personnes âgées continuera d'augmenter au cours des décennies à venir, cela pourrait avoir de vastes répercussions sur la politique gouvernementale. Toutefois, il faut se demander dans quelle mesure cette croyance populaire est exacte. Dans le présent chapitre, nous cherchons à vérifier cette croyance et à brosser un tableau plus précis à l'aide d'observations empiriques.

Évaluer l'état de santé d'une personne ou d'une population est loin d'être simple. On peut se baser sur des mesures extérieures, qui évaluent la santé d'une personne d'un point de vue médical en fonction de la présence d'une maladie ou affection particulière. Cependant, le diagnostic et le pronostic sont souvent difficiles et incertains, et il arrive qu'une personne souffre de plusieurs affections concomitantes.

Il est aussi possible de déterminer le degré d'autonomie d'une personne en regard de l'exécution des activités de la vie quotidienne, par exemple marcher une certaine distance, monter un escalier, lire un journal, entendre une voix au téléphone ou couper des aliments. On peut aussi évaluer sa capacité d'exécuter les activités instrumentales de la vie quotidienne comme le magasinage, la préparation des repas et les travaux ménagers — des activités qui découlent toutes d'activités plus fondamentales, mais qui contribuent à la qualité de vie. Une telle approche constitue un outil de pronostic plus faible, qui définit cependant avec plus d'exactitude la capacité de la personne de s'adapter à la vie quotidienne.

Cependant, l'état de santé n'est pas un attribut purement physique. En effet, diverses personnes s'adapteront différemment à une condition physique similaire. La perception qu'une personne a d'elle-même (sa propre définition de la santé)

joue un rôle critique dans sa capacité de mener une vie autonome. Les gens s'attendent à ce que leur capacité d'exécuter certaines activités diminue avec l'âge; cependant, dans la mesure où ces changements n'ont pas d'impact majeur sur les activités qu'ils souhaitent maintenir, il est possible que cette «limitation» n'ait peu ou pas d'effet sur la perception qu'ils ont de leur état de santé.

Enfin, on peut également définir l'état de santé d'une population dans son ensemble en fonction des facteurs qui influent sur la prestation des services, comme l'hospitalisation et l'utilisation des services de soutien officiels et informels. Bien que d'autres facteurs, outre l'état de santé d'une personne, influent sur l'utilisation des services (pensons par exemple à la disponibilité des ressources, aux coûts d'accès et à la structure des mécanismes d'aiguillage), l'état de santé constitue un indicateur important pour la planification et l'élaboration de politiques adaptées à l'évolution de l'état de santé des personnes âgées.

Une série d'enquêtes nationales effectuées entre 1985 et 1991 nous permettent d'évaluer l'état de santé de la population sous différents angles. Les deux principales ressources qui ont été utilisées pour l'analyse de la santé et du soutien social sont l'Enquête sociale générale (ESG), premier cycle (1985) et sixième cycle (1991), et l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités (ESLA), une enquête postcensitaire qui a été effectuée en 1986 et en 1991. Comme ces deux enquêtes ont été répétées à cinq années d'intervalle, en reprenant à chaque fois essentiellement la même série de questions, il nous est possible d'évaluer comment les caractéristiques mesurées avaient évolué à la fin des années 80.

L'ESG est une enquête annuelle menée auprès d'environ 11 000 répondants. Chaque année, l'enquête porte sur un thème différent de la politique sociale, mais certains aspects sont réexaminés tous les cinq ans. Les premier et sixième cycles de cette enquête fournissent des mesures extérieures de l'état de santé, basées sur l'autoévaluation et l'utilisation des services.

L'ESLA porte sur un échantillon beaucoup plus large; en 1986, 175 000 personnes ont été interviewées et, en 1991, il y en a eu 105 000. Un lien est établi entre l'ESLA et le recensement, à partir des réponses aux questions portant sur les limitations d'activités et les incapacités, qui figurent dans le questionnaire complet du recensement (envoyé à 20 % des ménages canadiens). Ces réponses définissent la base de sondage de l'ESLA. Cette enquête a cependant un objectif plus précis, puisqu'elle met l'accent sur la mesure des limitations d'activités et sur le vaste éventail de facteurs socioéconomiques et démographiques qui influent sur la prévalence de ces limitations et sur leurs répercussions. Elle mesure l'état de santé en fonction de la capacité d'exécution des activités de la vie quotidienne et des activités instrumentales de la vie quotidienne, en plus de fournir de précieux renseignements sur l'utilisation des réseaux de soutien officiels et informels. L'ESLA comporte également un important volet distinct sur les établissements de soins de santé; il s'agit de la seule source d'information disponible qui permette d'évaluer l'état de santé de toutes les personnes âgées, y compris celles vivant en établissement.

L'Enquête sur le vieillissement et l'autonomie constitue une autre source utile pour examiner certains aspects du soutien social et du degré d'autonomie. Réalisée

en septembre 1991, cette enquête mesure les facteurs qui contribuent à la qualité de vie et à l'autonomie des personnes âgées. Elle examine de nombreuses caractéristiques de la population actuellement âgée de 65 ans et plus et des personnes qui approchent de cet âge. De façon plus précise, l'enquête fournit des estimations nationales sur la santé et la situation socioéconomique des personnes âgées de 65 ans et plus. Elle fournit également des données nationales sur les choix que fait la population âgée de 45 à 64 ans en préparation de la vieillesse.

4.1 L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION EN 1991

4.1.1 L'état de santé et les limitations d'activités

Nous définirons d'abord l'état de santé en fonction des définitions utilisées dans l'ESLA, laquelle est basée principalement sur la définition d'«incapacité» et ses liens avec le concept de limitation d'activités. La définition d'incapacité, adoptée pour l'ESLA, est basée sur la définition qui figure dans la Classification internationale des handicaps: déficiences, incapacités et désavantages de l'Organisation Mondiale de la Santé[1] et qui se lit comme suit:

> Dans le domaine de la santé, une incapacité correspond à toute réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans des limites considérées comme normales pour un être humain.

La cote d'incapacité établie dans l'ESLA est un indicateur sommaire du degré de limitation d'une personne dans l'exécution des activités de la vie quotidienne. Chacune des 23 questions qui décrit une activité quotidienne de base commence par la formule «Éprouvez-vous des difficultés à...» et s'accompagne du choix de réponses suivant:

i) Non, pas de difficulté;
ii) Oui, éprouve des difficultés mais pas totalement incapable (de fonctionner);
iii) Oui, totalement incapable (de fonctionner).

À partir de la note totale obtenue pour l'ensemble des réponses données dans toutes les régions, une évaluation de l'incapacité est ensuite faite comme suit pour chaque personne:

i) «incapacité légère» (les 45 % des personnes ayant une incapacité qui ont obtenu les notes les plus faibles);
ii) «incapacité modérée» (les 35 % qui ont obtenu une note moyenne);
iii) «incapacité grave» (les 20 % qui ont obtenu les notes les plus élevées).

La ventilation des incapacités selon la gravité est basée uniquement sur l'état général de la personne. Le degré de gravité n'est pas défini pour des aires fonctionnelles particulières comme la mobilité (pour plus de détails, voir McDowell, 1988).

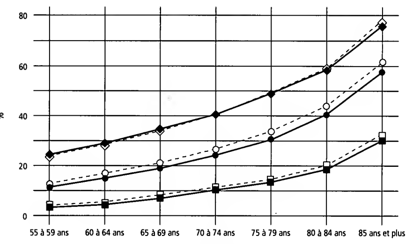
La mesure de l'incapacité en fonction du degré de limitation fonctionnelle est généralement reconnue comme un très bon indicateur lorsqu'elle est établie à partir des réponses de l'enquête fournies par la personne ayant une incapacité. Cette mesure s'appuie sur un vaste éventail de données et repose sur les activités de tous les jours. Ses limites tiennent au fait qu'elle est basée sur la perception qu'a d'elle-même la personne ayant une incapacité; or nous savons que de telles perceptions diffèrent souvent des mesures directes du degré de limitation physique, comme celles obtenues des évaluations audiométriques.

Il est également important de souligner ce que la cote d'incapacité ne mesure pas. À part la mesure portant sur les activités de la vie quotidienne, les professionnels, les associations de consommateurs, les universitaires de diverses disciplines, ainsi que les organismes publics et privés n'accordent pas tous la même importance aux nombreuses dimensions de l'incapacité qui se recoupent, notamment ses causes sous-jacentes, ses effets sur la qualité de vie de la personne, le stigmate social qui y est rattaché ainsi que sa durée. De toute évidence, il est préférable de faire appel à d'autres sources que la personne ayant une incapacité pour évaluer certaines de ces dimensions, dont quelques-unes sont par ailleurs difficiles à évaluer en toutes circonstances. Les autres modèles où ces dimensions sont combinées de différentes façons sont le modèle médical traditionnel, les modèles basés sur les sciences de la santé et les affections chroniques (Nolan et Pless, 1986) et le modèle de continuum de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 1980).

Dans l'ESLA, les incapacités sont regroupées en cinq catégories principales : mobilité, agilité, vue, ouïe et parole. Il existe une catégorie additionnelle (autres) qui englobe les réponses positives obtenues à une série de questions portant sur les troubles d'apprentissage, les troubles de développement et les incapacités mentales. Les figures 4.1 et 4.2[2] illustrent la prévalence de chacune de ces conditions ainsi que le nombre des différents types de limitations. Dans chaque cas, les taux de prévalence augmentent de façon non linéaire en fonction de l'âge. Cependant, chez les personnes les plus fortement limitées, l'augmentation est plus rapide à un âge plus avancé, et ce profil s'applique également à la répartition des personnes souffrant de trois limitations ou plus[3]. Les limitations touchant la mobilité et l'agilité sont les plus fréquentes et, de fait, la grande majorité des personnes fortement limitées et souffrant de trois limitations ou plus ont un problème de mobilité. Les répercussions les plus directes de cette conclusion touchent la prestation des services; on constate en effet que bon nombre des personnes présentant une limitation grave auraient de la difficulté à se rendre aux lieux où sont offerts ces services, sans une forme quelconque de transport spécialisé. L'autre solution, bien sûr, serait d'offrir les services à domicile; certes, de tels services pourraient occasionner aux organismes dispensateurs des coûts plus élevés à court terme, mais ces coûts pourraient être relativement moindres que ceux associés à la prestation de services de transport adapté.

Il serait tentant d'en conclure que l'incapacité est répandue, en particulier parmi les personnes âgées, et que c'est là une indication du piètre état de santé de cette population. Cependant, il est important de se rappeler que les mesures de l'incapacité sont très sensibles aux limitations même les plus faibles de la capacité

FIGURE 4.1A TAUX D'INCAPACITÉ, SELON L'ÂGE, LE SEXE ET LE DEGRÉ DE GRAVITÉ, 1991



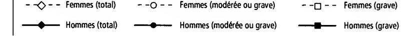
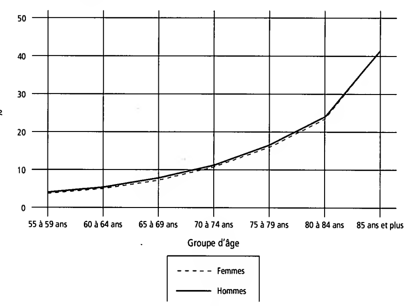
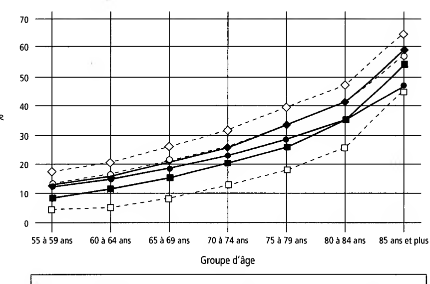


FIGURE 4.1B PERSONNES AYANT TROIS LIMITATIONS OU PLUS, SELON L'ÂGE ET LE SEXE, 1991



Source : Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1991.

FIGURE 4.2A TAUX D'INCAPACITÉ, SELON L'ÂGE, LE SEXE ET LE GENRE, 1991



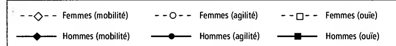
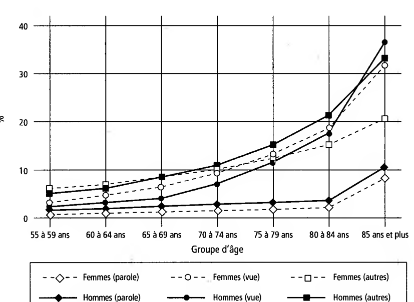


FIGURE 4.2B TAUX D'INCAPACITÉ, SELON L'ÂGE, LE SEXE ET LE GENRE, 1991



Source : Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1991.

fonctionnelle et que, même parmi les «jeunes» personnes âgées, c'est-à-dire les 65 à 74 ans, presque la moitié des personnes qui sont classées dans la catégorie de celles qui ont une incapacité ne manifestent en fait qu'une incapacité «légère» qui n'a parfois que peu d'impact sur leur vie de tous les jours.

Selon Wilkins (1991), des indicateurs plus sensibles de l'état de santé établiraient un lien entre la mesure de l'incapacité et le degré d'autonomie de la personne et permettraient, de ce fait, de déterminer avec plus de précision quels services devrait offrir la collectivité pour aider ces personnes à fonctionner. À cette fin, Wilkins propose la classification suivante :

- personne n'ayant pas d'incapacité;
- personne ayant une incapacité mais autonome (aucune aide requise);
- personne un peu dépendante (pour les activités instrumentales de la vie quotidienne comme le magasinage ou les travaux ménagers);
- personne fortement dépendante (pour les activités de la vie quotidienne comme les soins personnels et les déplacements à la maison);
- personne placée en établissement.

Il est possible d'établir une telle classification à partir de l'ESLA, puisque celle-ci renferme une série de questions sur la nécessité ou non pour la personne d'obtenir de l'aide pour un vaste éventail des activités instrumentales de la vie quotidienne et des activités de la vie quotidienne; l'enquête permet en outre d'estimer le nombre de personnes placées en établissement, par catégories d'âge et de sexe. Le tableau 4.1 et la figure 4.3 illustrent la répartition de cette classification par âge et par sexe, à partir du fichier de microdonnées de l'ESLA de 1986[4].

Cette classification est beaucoup plus révélatrice que la simple classification selon l'incapacité. Elle démontre en effet très clairement que, même parmi la fourchette intermédiaire des personnes âgées (les 75 à 84 ans), la plupart sont autonomes. Ainsi, 78 % des hommes de ce groupe d'âge n'avaient pas d'incapacité, ou leur incapacité était telle qu'ils n'avaient pas besoin d'aide pour les activités instrumentales de la vie quotidienne ou les activités de la vie quotidienne. Chez les femmes, la proportion était de 64 %; cependant, parmi les 19,3 % qui ont dit avoir besoin de soutien pour les activités instrumentales de la vie quotidienne, une proportion importante avait besoin d'aide pour l'exécution des gros travaux ménagers (incluant les travaux à l'extérieur). En fait, chez les hommes, les incapacités plus nombreuses déclarées entre 55 et 75 ans étaient en majeure partie des affections qui n'ont pas semblé s'accompagner d'un plus grand besoin d'aide. La vraisemblance de devenir «fortement dépendant» a évolué de façon similaire chez les hommes et les femmes — cette vraisemblance augmentant de près du double entre le groupe des 65 à 74 ans et celui des 75 à 84 ans et doublant à nouveau chez les 85 ans et plus. C'est donc ce dernier groupe d'âge qui crée les pressions les plus fortes, non seulement sur les services publics mais, plus important encore, sur les dispensateurs de soins, en particulier les membres de la famille immédiate, qui doivent souvent assumer le plus lourd fardeau, c'est-à-dire apporter leur aide pour les aspects plus personnels de la vie quotidienne.

Tableau 4.1 Distribution en pourcentage de l'état de santé chez la population âgée de 15 ans et plus, selon l'âge et le sexe, 1986

	Groupe d'âge							
État de santé	15 à 24 ans	25 à 34 ans	35 à 44 ans	45 à 54 ans	55 à 64 ans	65 à 74 ans	75 à 84 ans	85 ans et plus
	Femmes							
Aucune incapacité	95,7[1]	93,8	90,5	85,7	74,2	65,7	42,9	15,2
Ayant une incapacité et ayant besoin d'aide pour les AIVQ[2] ou les AVQ[3]	3,5	4,6	6,4	8,6	15,7	18,8	21,2	12,4
Ayant une incapacité et ayant besoin d'aide pour les AIVQ	0,5	1,3	2,6	4,6	8,2	10,9	19,3	23,4
Ayant une incapacité et ayant besoin d'aide pour les AVQ	0,3	0,3	0,4	0,8	1,5	2,7	5,6	11,9
Placées en établissement	0,0	0,0	0,1	0,2	0,4	1,8	11,0	37,1
	Hommes							
Aucune incapacité	95,4	93,1	90,8	84,4	73,9	61,0	52,5	25,1
Ayant une incapacité et ayant besoin d'aide pour les AIVQ[2] ou les AVQ[3]	3,9	5,7	7,8	12,5	20,0	29,4	25,5	19,0
Ayant une incapacité et ayant besoin d'aide pour les AIVQ	0,3	0,7	0,9	2,0	4,2	5,4	10,0	18,8
Ayant une incapacité et ayant besoin d'aide pour les AVQ	0,3	0,4	0,4	0,9	1,4	2,5	5,3	13,3
Placés en établissement	0,0	0,1	0,1	0,2	0,5	1,6	6,7	23,9

1. Pourcentage des femmes âgées de 15 à 24 ans n'ayant déclaré aucune incapacité.
2. Activités instrumentales de la vie quotidienne.
3. Activités de la vie quotidienne.
Source : Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1986.

4.1.2 Les perceptions subjectives de l'état de santé

L'état de santé de la population peut également être évalué en fonction de la perception qu'a une personne de sa propre santé, ainsi que de sa capacité à exécuter des types précis d'activités quotidiennes. Si la personne s'attend à ce que ses capacités fonctionnelles diminuent avec l'âge et qu'elle s'adapte bien à ces changements, elle pourra alors se dire satisfaite de sa santé en dépit d'une légère détérioration.

La question suivante a été posée lors du sixième cycle de l'Enquête sociale générale, menée en 1991 : «Êtes-vous satisfait ou insatisfait de votre état de santé ?» Les réponses à cette question (figure 4.4) diffèrent quelque peu des renseignements recueillis dans l'ESLA. En premier lieu, malgré qu'on observe, à mesure que l'âge augmente, un accroissement faible mais soutenu de la proportion des personnes qui se disent insatisfaites de leur état de santé, nous n'avons décelé chez les personnes âgées aucune hausse spectaculaire qui reflète les évaluations

FIGURE 4.3A DEGRÉ D'INCAPACITÉ ET D'AIDE NÉCESSAIRE, POPULATION FÉMININE, 1986

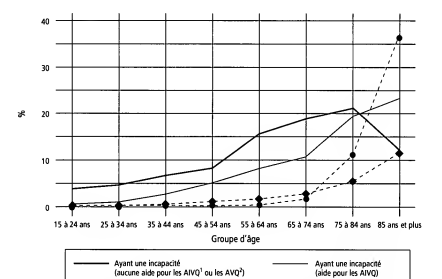
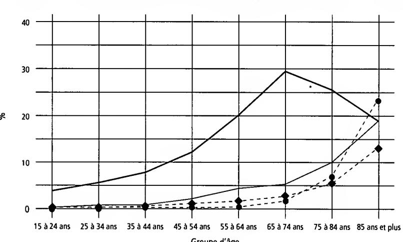
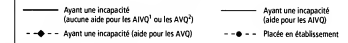


FIGURE 4.3B DEGRÉ D'INCAPACITÉ ET D'AIDE NÉCESSAIRE, POPULATION MASCULINE, 1986

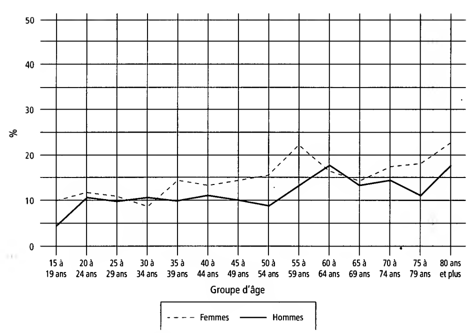




1. Activités instrumentales de la vie quotidienne.
2. Activités de la vie quotidienne.

Source : Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1986.

FIGURE 4.4 INSATISFACTION À L'ÉGARD DE L'ÉTAT DE SANTÉ, SELON LE SEXE, 1991



Source : Enquête sociale générale de 1991.

physiques. Cela laisse fortement croire, comme d'autres l'ont fait remarquer (Rosenthal et Gladstone, 1994), que la plupart des personnes âgées acceptent la détérioration de leur état de santé et s'adaptent aux répercussions qu'a cette détérioration sur leur vie de tous les jours. Même parmi la population hors établissements âgée de 80 ans et plus, la proportion ayant exprimé une insatisfaction à l'égard de l'état de santé atteint à peine 20 %.

Cependant, contrairement à ce qu'indiquent les données sur les limitations d'activités, les femmes ont été proportionnellement plus nombreuses que les hommes à se dire insatisfaites de leur santé. Cette insatisfaction s'est manifestée à presque tous les âges, mais plus particulièrement chez les femmes de 35 à 60 ans, puis à nouveau parmi les 70 ans et plus. Bien que l'enquête fournisse peu de renseignements qui puissent expliquer ce phénomène, il est raisonnable de supposer que cette insatisfaction vient de l'impression grandissante qu'ont les femmes à l'égard du milieu médical qui n'accorderait pas à leurs problèmes de santé l'attention qu'ils méritent, compte tenu de leur prévalence et de leur importance. L'absence relative de progrès dans le diagnostic et le traitement du cancer du sein, entre autres, a fait l'objet de nombreux débats (Ross, Rosenberg et Pross, 1994a; Ross, Rosenberg, Pross et Bass, 1994b), et ce facteur ressort particulièrement dans le groupe des femmes de 45 à 64 ans qui, par comparaison aux hommes, sont celles qui ont exprimé le plus haut degré d'insatisfaction.

Ces conclusions portent à croire que les pressions exercées en vue d'une amélioration de la qualité et de la gamme des services de santé offerts aux femmes seront sans doute maintenues et qu'on demandera d'accorder une plus grande priorité aux affections qui touchent principalement ou exclusivement les femmes, comme l'ostéoporose. Nous ne savons pas, toutefois, quel traitement sera réservé à ces questions dans le climat actuel de compressions financières toujours plus grandes.

4.1.3 Les changements dans l'état de santé entre 1986 et 1991

L'état de santé de la population évolue constamment. Les mesures extérieures de l'état de santé et celles basées sur l'autoévaluation varient en effet en fonction de l'approfondissement des connaissances médicales, de l'évolution de la prestation des soins de santé et des services sociaux, ainsi que des changements dans les attitudes et les attentes des personnes âgées. Il est toutefois difficile de mesurer ces changements, car nous avons besoin pour ce faire de données comparables sur les mêmes variables qui correspondent à deux périodes différentes. Heureusement, l'ESLA qui a été menée en 1986 et en 1991 et les renseignements relatifs à la santé recueillis dans le cadre de l'ESG en 1985 et 1991 nous permettent de documenter les changements dans les mesures physiques et subjectives de l'état de santé.

Nous examinons, dans la présente section, les changements dans la proportion des personnes ayant une incapacité et des personnes placées en établissement d'après l'ESLA, ainsi que dans la proportion des personnes satisfaites de leur état de santé selon l'ESG. Les répartitions de base de ces variables, selon l'âge et le sexe, ont été présentées ci-dessus. Nous présentons maintenant, de deux façons différentes, la structure des changements qui se sont produits entre 1986 et 1991 :

i) le rapport entre les valeurs par âge de 1991 et celles de 1986, selon le groupe d'âge, pour les hommes et les femmes. Une valeur de 1 indique l'absence de changement; une valeur supérieure à 1 signifie qu'il y a eu augmentation des taux; une valeur inférieure à 1 en indique une diminution;

ii) le rapport entre les valeurs selon la cohorte de 1991, qui représente le taux de changement dans une cohorte donnée. À titre d'exemple, la valeur pour les hommes de 70 à 74 ans déclarant une limitation d'activités représente le rapport entre la proportion des hommes de 70 à 74 ans déclarant une limitation d'activités en 1991 et la proportion des 65 à 69 ans déclarant une limitation d'activités en 1986.

La structure des changements touchant la limitation d'activités est assez prononcée. Ainsi, pour les personnes d'âge actif, nous avons observé une hausse sensible de la propension à déclarer une limitation d'activités, les taux de 1991 étant régulièrement de 20 % à 25 % supérieurs à ceux de 1986 (la progression par cohorte est encore plus marquée — voir la figure 4.5). Chez les personnes de 55 ans et plus, toutefois, ces hausses disparaissent presque complètement, si ce n'est l'augmentation normale, avec l'âge, de la vraisemblance d'avoir une incapacité. Toutefois, Chen, Verma, George et Dai (1993) démontrent que les hausses se

Figure 4.5a Pourcentage de la population ayant une incapacité, rapport entre 1991 et 1986, selon l'âge et le sexe

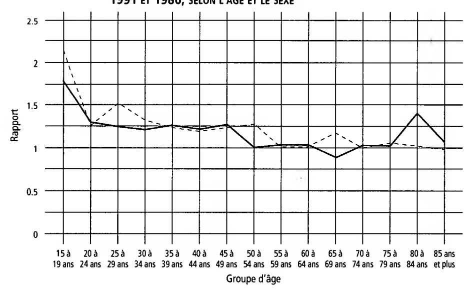
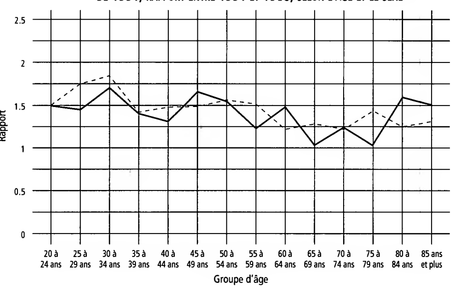


Figure 4.5b Pourcentage de la population ayant une incapacité dans la cohorte de 1991, rapport entre 1991 et 1986, selon l'âge et le sexe



Sources : Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1986 et de 1991.

situent principalement dans la catégorie des incapacités légères et que les taux d'incapacité au travail par âge et par sexe sont demeurés relativement stables, puisque les incapacités qui ont tendance à limiter la capacité de travailler sont habituellement de type modéré ou grave. Il est impossible pour l'instant de tirer des conclusions précises sur ces observations; il faudra en effet acquérir une meilleure compréhension de la dynamique de l'incapacité personnelle, laquelle nous indiquerait si les personnes ayant des incapacités légères sont plus susceptibles, en vieillissant, d'avoir des incapacités modérées ou graves et de subir les pertes d'autonomie qui s'y rattachent que les personnes classées dans la catégorie de celles qui n'ont pas d'incapacité. Les personnes présentant une incapacité légère sont plus susceptibles de retourner à la catégorie des personnes en bonne santé; selon Crimmins et Saito (1990), jusqu'à 30 % des personnes âgées ayant une incapacité légère sont reclassées dans la catégorie des personnes en bonne santé au cours d'une période de deux ans. La stabilisation des taux d'incapacité à un âge plus avancé est un signe encourageant qui permet de supposer que ces taux demeureront stables dans l'avenir.

Entre 1986 et 1991, la vraisemblance pour une personne de n'importe quel âge d'être placée en établissement est demeurée relativement stable, si ce n'est une tendance à la hausse du taux de placement chez les personnes âgées par rapport à celui des jeunes (figure 4.6). Une hausse sensible de la mesure par cohorte a toutefois été observée entre 1986 et 1991, les rapports étant supérieurs à 2 pour les groupes des 70 à 74 ans et plus. Cela indique que, pour chaque cohorte de cinq ans au-delà de l'âge de 65 ans, la vraisemblance d'être placé en établissement augmente au moins du double à chaque période successive de cinq ans. Le maintien ou non de cette tendance dépendra fortement de la nature des soins de longue durée et de la disponibilité des places dans les établissements de soins de santé à mesure que le nombre des plus âgés augmentera. Cette question attire toutefois l'attention sur l'accroissement de la demande de places en établissements qui résultera de l'augmentation de la population âgée (voir le chapitre 5).

La façon dont les gens perçoivent leur état de santé est un autre facteur susceptible de fournir des indications sur les besoins en ce qui a trait au placement en établissement. Cependant, l'insatisfaction des Canadiens à l'égard de leur état de santé a affiché un profil irrégulier au fil des ans (figure 4.7), cela étant dû en partie au faible nombre de répondants insatisfaits en 1986 et en 1991. En effet, plus de 80 % des membres de chacun des sous-groupes de la population et plus de 90 % d'un grand nombre d'entre eux ont dit être «satisfaits» ou «très satisfaits» de leur santé. Il est important de souligner que les ratios ont eu tendance à être inférieurs à 1, à la fois chez les hommes et les femmes de 65 ans et plus, ce qui témoigne d'un degré croissant de satisfaction. À l'opposé, les valeurs obtenues pour les groupes plus jeunes ont été en majorité supérieures à 1 et, chez les femmes, le taux a presque toujours été supérieur à 1. En d'autres mots, les femmes d'âge moyen étaient beaucoup plus susceptibles qu'auparavant d'être insatisfaites de leur santé. Il ne faut pas nécessairement en conclure que l'état de santé de ce groupe s'est détérioré, mais plutôt que les femmes sont de plus en plus conscientes de leurs problèmes de santé et qu'elles estiment que les soins qu'elles reçoivent ne sont pas d'une qualité suffisante.

Figure 4.6a Pourcentage de la population vivant en établissements, rapport entre 1991 et 1986, selon l'âge et le sexe

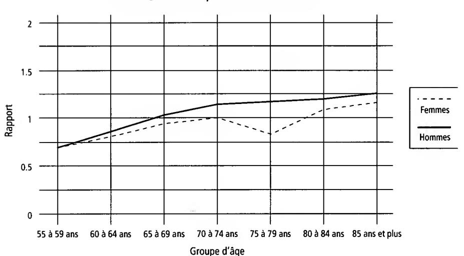
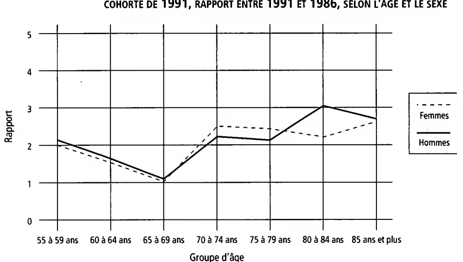


Figure 4.6b Pourcentage de la population vivant en établissements dans la cohorte de 1991, rapport entre 1991 et 1986, selon l'âge et le sexe



Sources : Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1986 et de 1991.

FIGURE 4.7A POURCENTAGE DE PERSONNES INSATISFAITES DE LEUR ÉTAT DE SANTÉ, RAPPORT ENTRE 1991 ET 1986, SELON L'ÂGE ET LE SEXE

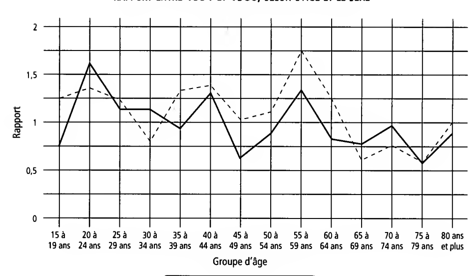
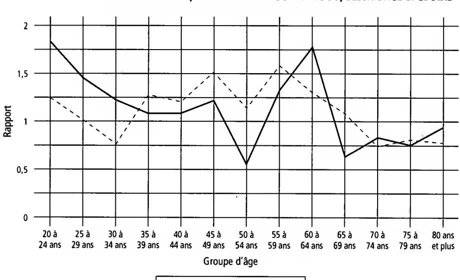


FIGURE 4.7B POURCENTAGE DE PERSONNES INSATISFAITES DE LEUR ÉTAT DE SANTÉ DANS LA COHORTE DE 1991, RAPPORT ENTRE 1991 ET 1986, SELON L'ÂGE ET LE SEXE



Sources : Enquête sociale générale de 1985 et de 1991.

Cette plus grande satisfaction des aînés à l'égard de la santé pose toutefois un dilemme du fait qu'elle pourrait être interprétée comme une amélioration des soins prodigués aux personnes âgées et qu'elle pourrait traduire leurs attentes quant au maintien de ces services. Or, étant donné la hausse considérable du nombre absolu de personnes âgées et, partant, du nombre de personnes qui auront besoin d'aide au cours des deux prochaines décennies, ces taux élevés de satisfaction pourraient s'avérer fragiles si les divers niveaux de gouvernement sont incapables de maintenir ces services en raison des pressions financières qu'ils subissent.

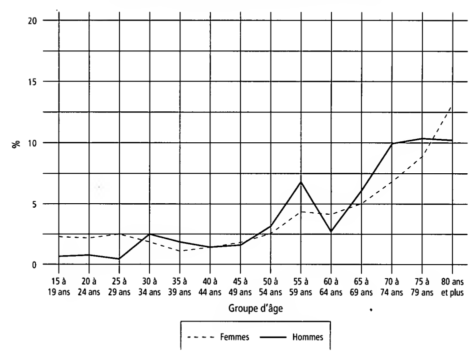
Alors que les données sur les changements récents dans les taux d'incapacité et le degré de satisfaction des personnes âgées laissent place à un certain optimisme, il en va tout autrement chez les populations plus jeunes. En effet, les changements dans la prévalence des incapacités et le degré de satisfaction à l'égard de la santé laissent croire que cette population pourrait exercer des pressions croissantes sur les services de soins de santé et de soutien social, ce qui pourrait contribuer à l'accroissement futur de la demande provenant des personnes âgées, tout en faisant naître une concurrence pour les ressources actuelles. Il faudra donc surveiller à la fois l'évolution des attitudes et des comportements, afin d'en arriver à mieux comprendre comment les attributs actuels des cohortes pourraient être liés à leurs attributs futurs.

4.1.4 Les mesures de l'utilisation des services

L'utilisation des services de santé est fonction d'un vaste éventail de facteurs sociaux, économiques et politiques qui déterminent qui a accès à ces services et dans quelles circonstances. Les mesures de l'utilisation permettent néanmoins de jeter une lumière sur la façon dont le système de soins de santé s'adapte à l'évolution de l'état de santé de la population vieillissante. À partir des données de l'ESG, par exemple, il est possible de mesurer la proportion des personnes qui ont été hospitalisées pendant plus de sept jours au cours des 12 mois précédents (figure 4.8), une mesure qui témoigne d'un état de santé grave qui occasionne des coûts élevés pour le système de soins de santé. En 1991, ce n'est que parmi la population âgée de 70 ans et plus que la fréquence d'une telle hospitalisation a été nettement supérieure à 5 % et, même parmi la population de 80 ans et plus vivant hors établissements, la fréquence est demeurée inférieure à 15 %.

Les répercussions plus vastes du vieillissement, toutefois, se remarquent dans la demande d'une gamme de services de soutien pour les activités de la vie quotidienne. L'accès à de tels services, qu'ils soient offerts de façon informelle par des membres de la famille ou des amis ou par l'entremise d'organismes publics et privés officiels, est essentiel pour les personnes qui désirent continuer à vivre dans leur domicile malgré une diminution de leur capacité fonctionnelle. À partir des données de l'ESLA, nous pouvons établir des estimations sur divers aspects des services de soutien à l'appui de certaines activités de la vie quotidienne. Dans la présente étude, nous avons choisi cinq activités instrumentales de la vie quotidienne (préparation des repas, magasinage, travaux ménagers habituels, gros

FIGURE 4.8 POURCENTAGE DE PERSONNES HOSPITALISÉES PENDANT PLUS DE 7 JOURS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, SELON L'ÂGE ET LE SEXE, 1991



Source : Enquête sociale générale de 1991.

travaux ménagers et travaux à l'extérieur) et certaines activités de la vie quotidienne, à savoir les soins personnels (aide pour s'habiller, se laver et pour d'autres fonctions personnelles) et les déplacements à l'intérieur de la maison, pour évaluer les besoins des personnes qui déclarent avoir une incapacité et dont l'état requiert l'utilisation de ces services.

Le profil d'utilisation des services devrait être fortement tributaire de la gravité de l'incapacité qui les amène à demander de l'aide. On s'attend également à ce que ces profils diffèrent pour les personnes qui vivent seules. D'une part, les personnes qui vivent seules sont susceptibles d'être plus autonomes; d'autre part, lorsqu'un besoin se manifeste, ces mêmes personnes sont plus susceptibles de dépendre des réseaux de soutien officiels que de la famille ou des amis.

Parmi les personnes qui ont besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne, la propension à recevoir de l'aide a été beaucoup plus forte chez les personnes ayant une incapacité grave (tableau 4.2). Pour leur part, les personnes qui vivent seules ont été en général proportionnellement moins nombreuses à recevoir de l'aide. Les femmes, par contre, ont été proportionnellement plus nombreuses à recevoir de l'aide que les hommes dont les modalités de vie et le degré de gravité de l'incapacité étaient semblables. Cependant, comme les femmes étaient proportionnellement beaucoup plus nombreuses que les hommes à vivre

Tableau 4.2 Profils de l'aide nécessaire chez la population canadienne âgée de 65 ans et plus ayant une incapacité, selon la gravité de l'incapacité, le sexe et les modalités de vie, 1986

	Incapacité grave				Incapacité légère ou modérée			
	Vivant seuls		Vivant avec d'autres		Vivant seuls		Vivant avec d'autres	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Pourcentage des personnes obtenant de l'aide								
Préparation des repas	23,1	31,4	58,7	43,4	3,7	4,4	9,7	5,3
Magasinage	66,1	50,3	83,0	57,6	27,2	12,5	27,4	9,4
Travaux ménagers	53,3	59,1	79,9	54,9	15,9	14,3	28,7	10,6
Gros travaux ménagers	86,2	78,1	92,3	83,5	62,4	42,1	62,9	41,1
Soins personnels	16,3	14,0	33,5	38,4	2,0	0,8	4,9	2,6
Déplacements à l'intérieur du domicile	4,6	5,7	20,3	17,9	0,1	0,1	0,7	0,2
Pourcentage des personnes faisant appel à des organismes extérieurs (parmi les personnes obtenant de l'aide)								
Préparation des repas	70,6	62,6	21,2	27,2	66,8	76,9	23,5	27,2
Magasinage	32,3	39,2	12,8	16,5	17,0	25,4	11,1	18,8
Travaux ménagers	75,2	66,7	23,0	28,2	68,5	67,7	29,1	32,0
Gros travaux ménagers	57,9	55,9	26,3	37,8	56,6	56,0	31,1	36,7
Soins personnels	76,8	64,2	32,9	28,7	83,4	66,6	18,1	20,6
Déplacements à l'intérieur du domicile	56,1	62,7	20,3	21,1	24,8	94,8	31,2	12,6
Pourcentage des personnes ayant besoin d'aide ou d'une aide accrue								
Préparation des repas	19,9	23,4	28,4	20,0	4,1	5,0	5,4	2,0
Magasinage	48,4	42,0	32,9	28,6	14,6	9,2	12,1	3,0
Travaux ménagers	42,4	50,0	42,4	29,8	16,0	15,0	17,6	4,4
Gros travaux ménagers	60,8	61,6	54,3	54,4	35,1	31,3	37,7	23,9
Soins personnels	13,8	13,6	21,5	22,8	2,1	0,9	1,8	1,0
Déplacements à l'intérieur du domicile	5,4	6,4	12,9	13,0	0,3	0,1	2,2	0,3

Source : Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1986.

seules, elles ont été dans l'ensemble proportionnellement moins nombreuses à recevoir de l'aide.

Les personnes qui ont reçu de l'aide étaient plus susceptibles de l'obtenir pour les activités instrumentales de la vie quotidienne, comme le magasinage, les travaux ménagers et les gros travaux ménagers, que pour les activités de la vie quotidienne (soins personnels et déplacements dans la maison). L'aide pour la préparation des repas occupait une place intermédiaire, bien que son profil ressemblait davantage aux activités de la vie quotidienne qu'aux autres activités instrumentales de la vie quotidienne. La difficulté pour une personne d'exécuter les activités de la vie quotidienne témoigne d'une limitation fonctionnelle plus grave, qui est moins fréquente que les problèmes de mobilité et d'agilité qui nécessitent de l'aide pour les activités instrumentales de la vie quotidienne.

Lorsque l'analyse de la vraisemblance d'obtenir de l'aide est appliquée à un modèle à plusieurs variables incluant l'âge, le faible revenu et la situation géographique, nous remarquons que ces résultats sont confirmés[5]. De plus, l'utilisation augmente avec l'âge et a été plus élevée en régions métropolitaines qu'ailleurs (tableau 4.3)[6]. Fait peu surprenant, parmi les personnes qui reçoivent de l'aide, celles qui vivent seules ont été beaucoup plus susceptibles d'avoir recours à des organismes de l'extérieur, la proportion pouvant être jusqu'à huit fois plus élevée après neutralisation des effets des autres variables. Sauf pour les soins personnels, les femmes ont été proportionnellement moins nombreuses à avoir recours à des services officiels; de plus, l'utilisation de ces services a été moindre dans les régions rurales et les régions métropolitaines que dans les petits centres. Cette dernière observation laisse croire que l'accès aux services est plus facile dans les petits centres, où la personne n'a à faire face ni au problème des grandes distances dans les régions rurales, ni à ceux de la circulation et du transport dans les grandes villes.

Autre fait intéressant concernant les personnes qui font appel aux organismes de soutien extérieurs : le degré de gravité ne semble pas faire beaucoup de différence pour ce qui est de l'utilisation des services ou du besoin d'aide. À titre d'exemple, les femmes vivant seules et ayant une incapacité grave ont davantage fait appel à ces organismes pour la préparation des repas que les femmes vivant seules dont les incapacités n'étaient pas graves. Toutefois, un pourcentage plus élevé d'hommes vivant seuls et n'ayant pas d'incapacité grave ont utilisé les services de préparation de repas offerts par ces organismes. Bien que cette situation pourrait être imputable aux différences dans la façon dont la personne a évalué ses incapacités au moment de l'enquête, une meilleure explication serait sans doute la différence qui existe entre les critères d'admissibilité définis par les organismes. Or si tel est le cas, cela laisse entrevoir deux types de problèmes d'ordre politique liés à la prestation des services. Premièrement, la variation géographique dans la prestation des services au Canada est-elle équitable ? Deuxièmement, même lorsque des services similaires sont offerts dans différentes régions, les critères d'admissibilité sont-ils appliqués de façon équitable ?

C'est également sur le plan de l'utilisation des organismes extérieurs que les différences régionales ont été les plus marquées. Ainsi, les personnes qui reçoivent

Tableau 4.3 Modèles de régression logistique — Aide pour les activités de la vie quotidienne, population âgée de 65 ans et plus, 1986

Variables indépendantes[1]	Variables dépendantes											
	Préparation des repas		Magasinage		Travaux ménagers quotidiens		Gros travaux ménagers		Soins personnels		Déplacements à l'intérieur du domicile	
	Risque relatif	Niveau de signification	Risque relatif	Niveau de signification	Risque relatif	Niveau de signification	Risque relatif	Niveau de signification	Risque relatif	Niveau de signification	Risque relatif	Niveau de signification
Modèle — Utilisation des services de soutien												
Âge (groupes d'âge de 5 ans — 65 ans et plus)	1,360	+ + +[2]	1,416	+ + +	1,305	+ + +	1,186	+ + +	1,289	+ + +	1,193	+ + +
Femme	1,585	+ + +	3,200	+ + +	2,612	+ + +	2,366	+ + +	0,960	N5[3]	1,143	N5
Vivant seul	0,280	− − −	0,692	− − −	0,470	− − −	0,937	N5	0,311	− − −	0,190	− − −
Faible revenu	1,008	N5	1,065	NS	0,894	− −	0,790	− − −	1,327	+ + +	1,021	NS
Région rurale	0,876	−	0,889	− −	0,891	− −	1,070	N5	1,153	+	0,847	N5
Région métropolitaine de recensement	1,159	+ + +	1,254	+ + +	1,117	+ +	1,045	N5	1,396	+ + +	1,096	N5
Incapacité grave	11,492	+ + +	9,355	+ + +	8,131	+ + +	5,797	+ + +	12,519	+ + +	46,710	+ + +
Nombre d'observations		25 815		25 717		25 740		23 388		25 883		2S 840
Modèle — Utilisation des organismes extérieurs (parmi les personnes obtenant de l'aide)												
Âge (groupes d'âge de 5 ans — 65 ans et plus)	1,113	+ + +	1,092	+ + +	1,135	+ + +	1,003	NS	1,207	+ + +	1,244	+ + +
Femme	0,861	−	0,751	− − −	0,945	N5	0,738	− − −	1,166	N5	0,897	N5
Vivant seul	7,841	+ + +	2,733	+ + +	7,384	+ + +	3,125	+ + +	8,000	+ + +	5,546	+ + +
Faible revenu	1,060	NS	0,877	N5	0,749	− − −	0,789	− − −	0,916	N5	0,724	N5
Région rurale	0,661	− − −	1,001	N5	0,803	− −	0,632	− − −	0,509	− − −	0,836	N5

1. Voir le tableau 4.8 pour une définition des variables.
2. Pour + + + et − − −, le niveau de signification est 0,001;
pour + + et − −, il est 0,01;
pour + et −, il est 0,05;
pour chacun des modèles, la valeur chi carré est significative si $p < 0,0001$
3. Non significatif.

(suite...)

TABLEAU 4.3 MODÈLES DE RÉGRESSION LOGISTIQUE — AIDE POUR LES ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE, POPULATION ÂGÉE DE 65 ANS ET PLUS, 1986 (SUITE)

	VARIABLES DÉPENDANTES											
	Préparation des repas		Magasinage		Travaux ménagers quotidiens		Gros travaux ménagers		Soins personnels		Déplacements à l'intérieur du domicile	
VARIABLES INDÉPENDANTES[1]	Risque relatif	Niveau de signification	Risque relatif	Niveau de signification	Risque relatif	Niveau de signification	Risque relatif	Niveau de signification	Risque relatif	Niveau de signification	Risque relatif	Niveau de signification
Région métropolitaine de recensement	0,511	− − −	0,774	− − −	0,713	− − −	0,954	NS	0,593	− − −	0,745	NS[3]
Incapacité grave	1,260	+ +[2]	1,642	+ + +	0,896	−	0,922	−	1,542	+ + +	0,777	NS
Nombre d'observations		5 209		9 165		8 784		16 771		3 160		1 183
Modèle — Besoin d'aide ou d'une aide accrue												
Âge (groupes d'âge de 5 ans — 65 ans et plus)	1,238	+ + +	1,231	+ + +	1,099	+ + +	1,094	+ + +	1,176	+ + +	1,228	+ + +
Femme	1,591	+ + +	1,846	+ + +	2,077	+ + +	1,463	+ + +	1,013	NS	1,289	+ + +
Vivant seul	0,761	− − −	1,642	+ + +	1,160	+ + +	1,138	+ + +	0,652	− − −	0,309	− − −
Faible revenu	1,015	NS	0,891	−	0,973	NS	0,795	− − −	1,064	NS	0,970	NS
Région rurale	0,927	NS	0,922	NS	0,830	− − −	0,963	NS	1,073	NS	0,740	− −
Région métropolitaine de recensement	0,889	−	1,175	+ + +	1,190	+ + +	1,022	NS	1,035	NS	0,846	−
Incapacité grave	7,008	+ + +	5,160	+ + +	4,406	+ + +	2,648	+ + +	15,023	+ + +	12,124	+ + +
Nombre d'observations		25 815		25 717		25 740		23 388		25 883		25 852

1. Voir le tableau 4.8 pour une définition des variables.
2. Pour + + + et − − −, le niveau de signification est 0,001;
   pour + + et − −, il est 0,01;
   pour + et −, il est 0,05;
   pour chacun des modèles, la valeur chi carré est significative si $p < 0,0001$.
3. Non significatif.

Source : Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1986.

de l'aide en Colombie-Britannique ont été beaucoup plus susceptibles de faire appel à des organismes extérieurs que les personnes vivant dans les quatre autres régions; les risques relatifs associés aux effets régionaux sont presque tous nettement inférieurs à 1 (tableau 4.4). Ces résultats pourraient s'expliquer en partie du fait que les services sont peut-être plus facilement accessibles en Colombie-Britannique, bien que nous n'ayons aucune preuve pour corroborer cette hypothèse. Le chapitre 2 nous fournit une explication plus plausible : comparativement au reste du Canada, la Colombie-Britannique compte une proportion beaucoup plus élevée de personnes âgées qui ne sont pas natives de la province. Ces personnes sont beaucoup moins susceptibles de vivre à proximité de membres de la famille sur qui compter au besoin, d'où le recours aux réseaux de soutien officiels.

Enfin, lorsque nous examinons les données sur les personnes qui déclarent avoir besoin d'aide (ou d'une aide accrue), les résultats sont similaires à ceux portant sur l'utilisation des services en général, à savoir que les besoins augmentent avec l'âge et que les personnes qui vivent seules ont exprimé un besoin d'aide beaucoup plus grand pour les activités instrumentales de la vie quotidienne (magasinage et travaux ménagers), et moins grand pour la préparation des repas. L'effet global le plus marqué se remarque chez les personnes ayant une limitation grave qui ont exprimé un besoin d'aide beaucoup plus grand, en particulier pour les soins personnels (tableau 4.3). Par ailleurs, les femmes ont manifesté les plus grands besoins d'aide, et ce pour l'ensemble des services. La conclusion la plus significative qui ressort ici concerne peut-être l'expression globale d'un besoin qui a été particulièrement manifeste pour deux des activités instrumentales de la vie quotidienne : le magasinage et les travaux ménagers. De 30 % à 60 % des personnes âgées ayant une incapacité grave ont indiqué avoir besoin d'aide ou d'une aide accrue pour ces activités.

Bien que nous n'ayons pas fait de prévisions sur les modalités de vie et le revenu futurs des personnes âgées, les tendances générales sont importantes. Ainsi, la population âgée continuera d'augmenter plus rapidement que le reste de la population et, dans un avenir prévisible, le nombre absolu de femmes âgées sera supérieur à celui d'hommes âgés. Par ailleurs, bien que la fréquence accrue des divorces chez les populations jeunes et le rétrécissement de l'écart entre la mortalité masculine et féminine produisent un effet opposé, dans l'avenir, ces deux facteurs n'auront que peu d'effet sur la réduction de la supériorité numérique des femmes âgées vivant seules. Qui plus est, si le nombre de places en établissements ne s'accroît pas au même rythme que la population très âgée, il est probable que nous assisterons à une baisse du placement en établissement, du moins parmi les moins de 80 ans. Il en résultera sans doute une augmentation du nombre de femmes âgées vivant seules dans la collectivité et ne bénéficiant d'aucun support adéquat de la part de la famille ou des amis. Il faut donc trouver des solutions de rechange qui permettent d'apporter un soutien à ce groupe en particulier, à la fois par la prestation de soins à domicile officiels et la mise en place de plus vastes réseaux de soutien informels dans la collectivité.

Tableau 4.4 Modèles de régression logistique — Aide pour les activités de la vie quotidienne (avec variables régionales), population âgée de 65 ans et plus, 1986

	Variables dépendantes											
	Préparation des repas		Magasinage		Travaux ménagers quotidiens		Gros travaux ménagers		Soins personnels		Déplacements à l'intérieur du domicile	
Variables indépendantes[1]	Risque relatif	Niveau de signification	Risque relatif	Niveau de signification	Risque relatif	Niveau de signification	Risque relatif	Niveau de signification	Risque relatif	Niveau de signification	Risque relatif	Niveau de signification
Modèle — Utilisation des services de soutien												
Âge (groupes d'âge de 5 ans — 65 ans et plus)	1,359	+ + +[2]	1,419	+ + +	1,311	+ + +	1,188	+ + +	1,289	+ + +	1,196	+ + +
Femme	1,587	+ + +	3,176	+ + +	2,647	+ + +	2,350	+ + +	0,973	NS[3]	1,145	NS
Vivant seul	0,279	– – –	0,720	– – –	0,484	– – –	0,991	NS	0,299	– – –	0,199	– – –
Faible revenu	1,013	NS	1,013	NS	0,838	– – –	0,732	– – –	1,383	+ + +	0,952	NS
Région rurale	0,857	– –	0,874	– –	0,870	– –	0,976	NS	1,166	+	0,805	–
Région métropolitaine de recensement	1,176	+ + +	1,219	+ + +	1,036	NS	0,991	NS	1,398	+ + +	1,088	NS
Incapacité grave	11,503	+ + +	9,473	+ + +	8,198	+ + +	5,843	+ + +	12,557	+ + +	46,647	+ + +
Provinces de l'Atlantique	1,134	NS	1,129	NS	0,642	– – –	1,427	+ + +	0,908	NS	1,162	NS
Québec	0,907	NS	1,570	+ + +	0,975	NS	1,596	+ + +	0,813	–	1,119	NS
Ontario	0,943	NS	1,110	NS	0,586	– – –	0,841	– – –	0,963	NS	0,832	NS
Provinces des Prairies	0,967	NS	0,964	NS	0,613	– – –	0,929	NS	1,144	NS	0,802	NS
Nombre d'observations		25 815		25 717		25 740		23 388		25 883		25 840
Modèle — Utilisation des organismes extérieurs (parmi les personnes obtenant de l'aide)												
Âge (groupes d'âge de 5 ans — 65 ans et plus)	1,116	+ + +	1,099	+ + +	1,142	+ + +	1,008	NS	1,206	+ + +	1,276	+ + +
Femme	0,885	NS	0,770	– – –	0,986	NS	0,747	– – –	1,215	+	0,993	NS
Vivant seul	7,272	+ + +	2,704	+ + +	6,968	+ + +	3,185	+ + +	7,121	+ + +	4,916	+ + +
Faible revenu	1,132	NS	0,864	–	0,787	– – –	0,750	– – –	1,003	NS	1,008	NS
Région rurale	0,709	– – –	0,992	NS	0,902	NS	0,612	– – –	0,528	– – –	1,052	NS
Région métropolitaine de recensement	0,498	– – –	0,731	– – –	0,663	– – –	0,889	– – –	0,592	– – –	0,700	–
Incapacité grave	1,272	+ +[2]	1,644	+ + +	0,901	–	0,927	–	1,593	+ + +	0,909	NS[3]

1. Voir le tableau 4.8 pour une définition des variables.
2. Pour + + + et – – –, le niveau de signification est 0,001;
   pour + + et – –, il est 0,01;
   pour + et –, il est 0,05;
   pour chacun des modèles, la valeur chi carré est significative si $p < 0,0001$.
3. Non significatif.

(suite...)

TABLEAU 4.4 MODÈLES DE RÉGRESSION LOGISTIQUE — AIDE POUR LES ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE (AVEC VARIABLES RÉGIONALES), POPULATION ÂGÉE DE 65 ANS ET PLUS, 1986 (SUITE)

VARIABLES DÉPENDANTES

	PRÉPARATION OES REPAS		MAGASINAGE		TRAVAUX MÉNAGERS QUOTIOIENS		GROS TRAVAUX MÉNAGERS		SOINS PERSONNELS		DÉPLACEMENTS À L'INTÉRIEUR DU OOMICILE	
VARIABLES INDÉPENDANTES[1]	Risque relatif	Niveau de signification	Risque relatif	Niveau de signification	Risque relatif	Niveau de signification	Risque relatif	Niveau de signification	Risque relatif	Niveau de signification	Risque relatif	Niveau de signification
Provinces de l'Atlantique	0,414	– – –	0,543	– – –	0,250	– – –	0,7S1	– – –	0,422	– – –	0,411	– –
Québec	0,417	– – –	0,638	– – –	0,252	– – –	0,979	N5	0,360	– – –	0,360	– – –
Ontario	0,507	– – –	0,5OS	– – –	0,349	– – –	0,647	– – –	0,S75	– – –	1,0S9	NS
Provinces des Prairies	0,650	– – –	0,639	– – –	0,442	– – –	0,80S	– – –	0,768	NS	0,S84	NS
Nombre d'observations		5 209		9 16S		8 784		16 771		3 160		1 183
Modèle — Besoin d'aide ou d'une aide accrue												
Âge (groupes d'âge de 5 ans — 6S ans et plus)	1,244	+ + +	1,235	+ + +	1,103	+ + +	1,097	+ + +	1,176	+ + +	1,227	+ + +
Femme	1,633	+ + +	1,8S6	+ + +	2,114	+ + +	1,472	+ + +	1,02S	N5	1,274	+ +
Vivant seul	0,786	– – –	1,711	+ + +	1,190	+ + +	1,186	+ + +	0,650	– – –	0,303	– – –
Faible revenu	0,945	N5	0,844	– – –	0,924	NS	0,74S	– – –	1,060	N5	1,008	N5
Région rurale	0,866	–	0,878	–	0,809	– – –	0,886	– –	1,061	NS	0,751	– –
Région métropolitaine de recensement	0,838	– – –	1,133	+ +	1,121	+ +	0,948	N5	1,016	N5	0,869	N5
Incapacité grave	6,980	+ + +	5,160	+ + +	4,398	+ + +	2,6S0	+ + +	15,021	+ + +	12,16S	+ + +
Provinces de l'Atlantique	0,880	NS	1,034	NS	0,665	– – –	0,954	NS	1,000	NS	1,042	NS
Québec	0,982	NS	1,150	+	0,868	–	1,06S	NS	1,051	NS	0,871	N5
Ontario	0,593	– – –	0,771	– – –	0,571	– – –	0,584	– – –	0,976	NS	1,095	NS
Provinces des Prairies	0,822	–	0,815	– –	0,615	– – –	0,764	– – –	1,204	N5	0,916	N5
Nombre d'observations		2S 81S		25 717		25 740		23 388		2S 883		2S 8S2

1. Voir le tableau 4.8 pour une définition des variables.
2. Pour + + + et – – –, le niveau de signification est 0,001;
   pour + + et – –, il est 0,01;
   pour + et –, il est 0,0S;
   pour chacun des modèles, la valeur chi carré est significative si $p < 0{,}0001$.
3. Non significatif.

Source : Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1986.

4.2 LE CONTEXTE SOCIODÉMOGRAPHIQUE DE L'ÉTAT DE SANTÉ

Bien que les analyses sur les différences sociodémographiques liées à l'état de santé reposent essentiellement sur les différences entre les âges et les sexes, il existe également d'autres facteurs tout aussi, voire plus, importants. Dans l'analyse sur l'espérance de vie, un des principaux arguments concerne les différences imputables à la situation socioéconomique, les personnes à faible revenu ou peu instruites ayant une espérance de vie beaucoup plus courte. Aux États-Unis, par exemple, Crimmins et Saito (1990) ont démontré que l'espérance de vie à 65 ans des femmes de race blanche ayant plus de 13 ans de scolarité était de 19,8 ans, comparativement à 18,4 ans pour les femmes comptant moins de neuf ans d'études. Par ailleurs, les personnes ayant plus de 13 ans d'études peuvent s'attendre à demeurer actives et à ne pas avoir d'incapacité pendant 63,6 % du reste de leur vie, comparativement à seulement 35,6 % pour les personnes ayant moins de neuf années d'études. Des différences similaires basées sur le niveau de scolarité existent pour les hommes de race blanche, et ces différences sont encore plus marquées pour les hommes et les femmes de race noire.

Bien que les systèmes de soins de santé américain et canadien diffèrent, des arguments similaires sur l'espérance de vie ont été invoqués par Wilkins et Adams (1992) ainsi que par Roberge et ses collaborateurs (1993) dans le cadre d'une étude sur l'état de santé menée en Ontario. Ainsi, un statut socioéconomique inférieur a constamment été associé à un piètre état de santé, que cette situation soit mesurée par la scolarité, la profession ou le revenu. Le lien de causalité dans cette relation va dans les deux directions. D'une part, les personnes qui sont pauvres, et plus particulièrement celles qui ont vécu toute leur vie dans la pauvreté, ne peuvent parfois pas satisfaire à leurs besoins fondamentaux en matière d'alimentation, de vêtements et de logement adéquat — tous des facteurs qui augmentent la vraisemblance de souffrir d'une mauvaise santé pendant plus longtemps. D'autre part, le fait d'être en mauvaise santé ou de souffrir d'incapacités qui réduisent la capacité fonctionnelle quotidienne peut avoir un effet sur la poursuite des études ou l'obtention et la conservation d'un emploi procurant un revenu décent. Quelle que soit la direction de cette relation dans la situation d'une personne — et elle peut très bien aller dans les deux directions — l'association globale est forte et elle ressort autant de nos données obtenues de l'ESLA de 1991 que des études précédentes.

4.2.1 Le faible revenu

Les effets d'un faible revenu sur la vraisemblance d'avoir une incapacité sont évidents (tableau 4.5). Un grand nombre de personnes à faible revenu, en particulier les plus jeunes, sont proportionnellement plus de deux fois plus nombreuses à avoir une incapacité que les personnes à revenu plus élevé. Les différences étaient en outre plus marquées chez les hommes que chez femmes, bien qu'elles aient diminué dans les deux groupes chez les personnes âgées de 65 ans et plus, qui enregistrent des écarts de revenu beaucoup moindres. La structure de base

TABLEAU 4.5 DISTRIBUTION EN POURCENTAGE DE L'ÉTAT DE SANTÉ CHEZ LA POPULATION ÂGÉE DE 15 ANS ET PLUS VIVANT HORS ÉTABLISSEMENTS, SELON L'ÂGE, LE SEXE ET LE SEUIL DE FAIBLE REVENU, 1986

	GROUPE D'ÂGE							
État de santé	**15 à 24 ans**	**25 à 34 ans**	**35 à 44 ans**	**45 à 54 ans**	**55 à 64 ans**	**65 à 74 ans**	**75 à 84 ans**	**85 ans et plus**
Vivant au-dessus du seuil de faible revenu								
	Femmes							
Aucune incapacité	96,6[1]	95,0	92,2	88,0	78,9	69,3	50,4	25,6
Ayant une incapacité mais n'ayant pas besoin d'aide pour les AIVQ[2] ou les AVQ[3]	2,8	3,7	5,3	7,1	12,9	16,7	22,1	18,6
Ayant une incapacité et ayant besoin d'aide pour les AIVQ	0,4	1,1	2,2	4,2	7,0	11,1	21,2	35,0
Ayant une incapacité et ayant besoin d'aide pour les AVQ	0,2	0,2	0,4	0,6	1,2	2,8	6,3	20,8
	Hommes							
Aucune incapacité	96,4	94,2	92,2	87,1	77,5	63,8	56,2	36,0
Ayant une incapacité mais n'ayant pas besoin d'aide pour les AIVQ ou les AVQ	3,1	5,0	6,9	10,7	18,0	28,9	28,3	22,9
Ayant une incapacité et ayant besoin d'aide pour les AIVQ	0,3	0,5	0,7	1,5	3,3	4,8	10,2	24,3
Ayant une incapacité et ayant besoin d'aide pour les AVQ	0,2	0,2	0,2	0,7	1,2	2,5	5,3	16,8
Vivant sous le seuil de faible revenu								
	Femmes							
Aucune incapacité	92,1	88,4	80,7	72,7	57,4	56,3	42,9	20,8
Ayant une incapacité mais n'ayant pas besoin d'aide pour les AIVQ ou les AVQ	6,3	8,8	13,2	18,1	26,7	29,9	27,9	21,0
Ayant une incapacité et ayant besoin d'aide pour les AIVQ	0,9	2,4	5,3	7,4	13,5	11,3	23,3	43,5
Ayant une incapacité et ayant besoin d'aide pour les AVQ	0,7	0,5	0,8	1,7	2,4	2,5	6,0	14,6

1. Pourcentage des femmes âgées de 15 à 24 ans vivant au-dessus du seuil de faible revenu et n'ayant déclaré aucune incapacité.
2. Activités instrumentales de la vie quotidienne.
3. Activités de la vie quotidienne.
4. Pour les femmes de 15 à 24 ans vivant sous le seuil de faible revenu, la probabilité de ne pas déclarer d'incapacité est de 0,95 fois celle des femmes vivant au-dessus du seuil de faible revenu.

(suite...)

TABLEAU 4.5 DISTRIBUTION EN POURCENTAGE DE L'ÉTAT DE SANTÉ CHEZ LA POPULATION ÂGÉE DE 15 ANS ET PLUS VIVANT HORS ÉTABLISSEMENTS, SELON L'ÂGE, LE SEXE ET LE SEUIL DE FAIBLE REVENU, 1986 (SUITE)

	Groupe d'âge							
État de santé	15 à 24 ans	25 à 34 ans	35 à 44 ans	45 à 54 ans	55 à 64 ans	65 à 74 ans	75 à 84 ans	85 ans et plus
Vivant sous le seuil de faible revenu								
				Hommes				
Aucune incapacité	92,4	86,4	81,7	65,4	55,9	48,4	58,0	18,7
Ayant une incapacité mais n'ayant pas besoin d'aide pour les AIVQ[2] ou les AVQ[3]	6,7	10,3	13,9	27,7	32,7	39,4	17,5	34,6
Ayant une incapacité et ayant besoin d'aide pour les AIVQ	0,4	1,8	3,0	4,7	8,5	8,9	15,3	26,8
Ayant une incapacité et ayant besoin d'aide pour les AVQ	0,4	1,5	1,4	2,2	2,9	3,3	9,2	19,9
Risque relatif pour les personnes vivant sous le seuil de faible revenu par rapport à celles vivant au-dessus du seuil de faible revenu								
				Femmes				
Aucune incapacité	0,95[4]	0,93	0,87	0,83	0,73	0,81	0,85	0,81
Ayant une incapacité mais n'ayant pas besoin d'aide pour les AIVQ ou les AVQ	2,24	2,38	2,49	2,53	2,07	1,78	1,26	1,13
Ayant une incapacité et ayant besoin d'aide pour les AIVQ	2,04	2,24	2,48	1,78	1,94	1,02	1,10	1,25
Ayant une incapacité et ayant besoin d'aide pour les AVQ	4,11	2,06	2,37	2,67	1,88	0,88	0,95	0,70
				Hommes				
Aucune incapacité	0,96	0,92	0,89	0,75	0,72	0,76	1,03	0,52
Ayant une incapacité mais n'ayant pas besoin d'aide pour les AIVQ ou les AVQ	2,15	2,05	2,00	2,60	1,82	1,37	0,62	1,51
Ayant une incapacité et ayant besoin d'aide pour les AIVQ	1,41	3,42	4,55	3,13	2,57	1,84	1,49	1,10
Ayant une incapacité et ayant besoin d'aide pour les AVQ	1,89	7,33	5,85	3,07	2,44	1,33	1,75	1,18

1. Pourcentage des femmes âgées de 15 à 24 ans vivant au-dessus du seuil de faible revenu et n'ayant déclaré aucune incapacité.
2. Activités instrumentales de la vie quotidienne.
3. Activités de la vie quotidienne.
4. Pour les femmes de 15 à 24 ans vivant sous le seuil de faible revenu, la probabilité de ne pas déclarer d'incapacité est de 0,95 fois celle des femmes vivant au-dessus du seuil de faible revenu.

Source : Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1986.

demeure toutefois inchangée — les personnes qui ont un revenu supérieur au seuil de faible revenu sont plus susceptibles d'appartenir à la catégorie des personnes qui n'ont pas d'incapacité et moins susceptibles de figurer dans les autres catégories entraînant un état de dépendance.

4.2.2 Le niveau de scolarité

Le niveau de scolarité a un effet aussi marqué sur l'état de santé que sur l'espérance de vie (tableau 4.6). Ainsi, dans tous les groupes d'âge à l'exception du groupe des 75 ans et plus, la probabilité de faire partie d'une des catégories de personnes ayant une incapacité ou étant dépendantes a été nettement moins élevée pour les personnes qui avaient fait des études postsecondaires, les différences étant particulièrement grandes chez les personnes qui ont eu besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne à un plus jeune âge. Ces observations viennent corroborer l'hypothèse voulant qu'il existe un important segment de la population qui est défavorisé à de nombreux égards relativement à leur situation socioéconomique et démographique ainsi qu'à leur état de santé et qui mérite une attention particulière de la part des planificateurs et des décideurs.

4.2.3 Les modalités de vie

Le degré d'autonomie d'une personne est lié à ses modalités de vie. Le profil des personnes qui vivent seules diffère sensiblement de celui des personnes qui vivent avec d'autres, qu'il s'agisse de leur conjoint, de leurs enfants ou d'un membre d'un ménage non familial (tableau 4.7). Les personnes qui vivent seules sont plus susceptibles d'avoir une incapacité que celles qui vivent avec d'autres. Par ailleurs, les personnes qui vivent seules, autant les hommes que les femmes, ont plus tendance à déclarer une limitation fonctionnelle, sans pour autant nécessiter de l'aide, et elles sont également plus susceptibles d'avoir déclaré avoir reçu de l'aide uniquement pour les activités instrumentales de la vie quotidienne.

Cette dernière observation jette une certaine lumière sur la façon dont les questions sont perçues. Lorsqu'une personne vit avec d'autres, en particulier un conjoint, les activités instrumentales de la vie quotidienne sont souvent partagées inégalement. Ainsi, un des conjoints peut s'occuper entièrement de la préparation des repas ou du magasinage, alors que l'autre se chargera de la majeure partie des gros travaux ménagers. Cependant, aucun des deux conjoints ne déclarera avoir reçu de l'aide ou avoir besoin d'aide pour effectuer les tâches de l'autre. L'aspect potentiellement trompeur de ces réponses est qu'on ne peut de toute évidence en déduire qu'une personne qui n'a pas besoin d'aide lorsqu'elle vit avec d'autres pourrait aussi se passer d'aide si elle devait vivre seule.

Fait peu surprenant, les personnes qui vivent seules sont moins susceptibles d'avoir besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne car, lorsqu'une personne a besoin d'aide, elle est plus susceptible de vivre avec quelqu'un qui pourra lui fournir ce soutien. Il est toutefois important de souligner le nombre absolu

Tableau 4.6 Distribution en pourcentage de l'état de santé chez la population âgée de 15 ans et plus vivant hors établissements, selon l'âge, le sexe et le niveau de scolarité, 1986

	Groupe d'âge						
État de santé	15 à 24 ans	25 à 34 ans	35 à 44 ans	45 à 54 ans	55 à 64 ans	65 à 74 ans	75 ans et plus
Aucune étude postsecondaire							
				Femmes			
Aucune incapacité	95,3	93,1	90,1	85,4	73,4	66,2	44,0
Ayant une incapacité mais n'ayant pas besoin d'aide pour les AIVQ[1] ou les AVQ[2]	3,8	5,1	6,6	9,0	16,4	19,7	23,2
Ayant une incapacité et ayant besoin d'aide pour les AIVQ	0,6	1,5	2,8	4,8	8,7	11,3	24,3
Ayant une incapacité et ayant besoin d'aide pour les AVQ	0,3	0,3	0,5	0,8	1,5	2,8	8,5
				Hommes			
Aucune incapacité	95,1	92,5	89,8	82,9	73,2	60,9	52,0
Ayant une incapacité mais n'ayant pas besoin d'aide pour les AIVQ ou les AVQ	4,2	6,2	8,8	13,7	21,0	30,7	27,7
Ayant une incapacité et ayant besoin d'aide pour les AIVQ	0,4	0,9	1,1	2,4	4,3	5,7	12,9
Ayant une incapacité et ayant besoin d'aide pour les AVQ	0,3	0,5	0,4	1,1	1,5	2,7	7,5
Études postsecondaires incomplètes							
				Femmes			
Aucune incapacité	97,8	96,1	92,2	89,0	85,6	77,2	44,6
Ayant une incapacité mais n'ayant pas besoin d'aide pour les AIVQ ou les AVQ	2,0	3,1	5,6	6,4	9,9	12,6	21,0
Ayant une incapacité et ayant besoin d'aide pour les AIVQ	0,2	0,7	2,0	3,8	3,7	8,0	26,2
Ayant une incapacité et ayant besoin d'aide pour les AVQ	0,1	0,1	0,2	0,7	0,8	2,2	8,2

1. Activités instrumentales de la vie quotidienne.
2. Activités de la vie quotidienne.

(suite...)

TABLEAU 4.6 DISTRIBUTION EN POURCENTAGE DE L'ÉTAT DE SANTÉ CHEZ LA POPULATION ÂGÉE DE 15 ANS ET PLUS VIVANT HORS ÉTABLISSEMENTS, SELON L'ÂGE, LE SEXE ET LE NIVEAU DE SCOLARITÉ, 1986 (SUITE)

	GROUPE D'ÂGE						
État de santé	15 à 24 ans	25 à 34 ans	35 à 44 ans	45 à 54 ans	55 à 64 ans	65 à 74 ans	75 ans et plus
Études postsecondaires incomplètes							
				Hommes			
Aucune incapacité	97,6	95,4	94,0	91,0	81,3	71,4	65,3
Ayant une incapacité mais n'ayant pas besoin d'aide pour les AIVQ[1] ou les AVQ[2]	2,2	4,2	5,2	8,0	14,3	23,1	19,4
Ayant une incapacité et ayant besoin d'aide pour les AIVQ	0,1	0,3	0,6	0,8	3,3	3,7	10,4
Ayant une incapacité et ayant besoin d'aide pour les AVQ	0,0	0,1	0,2	0,3	1,0	1,7	5,0
Risque relatif des personnes ayant des études postsecondaires incomplètes par rapport à celles n'ayant aucune étude postsecondaire							
				Femmes			
Aucune incapacité	1,03	1,03	1,02	1,04	1,17	1,17	1,01
Ayant une incapacité mais n'ayant pas besoin d'aide pour les AIVQ ou les AVQ	0,52	0,61	0,85	0,71	0,60	0,64	0,91
Ayant une incapacité et ayant besoin d'aide pour les AIVQ	0,25	0,49	0,73	0,80	0,42	0,70	1,08
Ayant une incapacité et ayant besoin d'aide pour les AVQ	0,23	0,36	0,33	0,89	0,54	0,77	0,97
				Hommes			
Aucune incapacité	1,03	1,03	1,05	1,10	1,11	1,17	1,26
Ayant une incapacité mais n'ayant pas besoin d'aide pour les AIVQ ou les AVQ	0,53	0,68	0,59	0,58	0,68	0,75	0,70
Ayant une incapacité et ayant besoin d'aide pour les AIVQ	0,24	0,34	0,58	0,33	0,77	0,66	0,81
Ayant une incapacité et ayant besoin d'aide pour les AVQ	0,12	0,20	0,48	0,25	0,67	0,65	0,67

1. Activités instrumentales de la vie quotidienne.
2. Activités de la vie quotidienne.
Source : Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1986.

Tableau 4.7 Distribution en pourcentage de l'état de santé chez la population âgée de 15 ans et plus vivant hors établissements, selon l'âge, le sexe et les modalités de vie, 1986

État de santé	Groupe d'âge							
	15 à 24 ans	25 à 34 ans	35 à 44 ans	45 à 54 ans	55 à 64 ans	65 à 74 ans	75 à 84 ans	85 ans et plus
Vivant avec d'autres								
	Femmes							
Aucune incapacité	95,9	93,9	91,1	86,7	76,0	68,7	47,2	27,7
Ayant une incapacité mais n'ayant pas besoin d'aide pour les AIVQ[1] ou les AVQ[2]	3,3	4,5	5,8	7,8	14,1	15,8	22,3	14,3
Ayant une incapacité et ayant besoin d'aide pour les AIVQ	0,5	1,3	2,6	4,6	8,2	12,1	21,0	32,6
Ayant une incapacité et ayant besoin d'aide pour les AVQ	0,2	0,3	0,4	0,8	1,6	3,4	9,6	25,3
	Hommes							
Aucune incapacité	95,4	93,7	91,2	85,1	74,6	61,9	55,7	35,7
Ayant une incapacité mais n'ayant pas besoin d'aide pour les AIVQ ou les AVQ	4,0	5,2	7,6	11,9	19,8	30,2	26,9	24,8
Ayant une incapacité et ayant besoin d'aide pour les AIVQ	0,3	0,7	0,9	2,0	4,0	5,1	10,9	19,9
Ayant une incapacité et ayant besoin d'aide pour les AVQ	0,3	0,4	0,4	0,9	1,5	2,8	6,6	19,7
Vivant seul								
	Femmes							
Aucune incapacité	90,5	92,7	80,3	73,0	66,2	63,0	49,3	19,2
Ayant une incapacité mais n'ayant pas besoin d'aide pour les AIVQ ou les AVQ	7,9	6,3	17,6	21,0	24,5	26,5	25,4	27,1
Ayant une incapacité et ayant besoin d'aide pour les AIVQ	0,6	0,9	1,9	4,9	8,7	9,0	22,5	43,3
Ayant une incapacité et ayant besoin d'aide pour les AVQ	1,0	0,0	0,2	1,1	0,6	1,5	2,8	10,4

1. Activités instrumentales de la vie quotidienne.
2. Activités de la vie quotidienne.

(suite...)

Tableau 4.7 Distribution en pourcentage de l'état de santé chez la population âgée de 15 ans et plus vivant hors établissements, selon l'âge, le sexe et les modalités de vie, 1986 (suite)

État de santé	Groupe d'âge							
	15 à 24 ans	25 à 34 ans	35 à 44 ans	45 à 54 ans	55 à 64 ans	65 à 74 ans	75 à 84 ans	85 ans et plus
Vivant seul								
	Hommes							
Aucune incapacité	97,1	89,5	88,4	75,6	70,8	63,4	58,7	19,7
Ayant une incapacité mais n'ayant pas besoin d'aide pour les AIVQ[1] ou les AVQ[2]	2,8	9,5	10,0	21,8	22,7	28,0	29,3	25,5
Ayant une incapacité et ayant besoin d'aide pour les AIVQ	0,1	0,7	1,3	2,3	5,8	7,8	10,2	47,9
Ayant une incapacité et ayant besoin d'aide pour les AVQ	0,0	0,3	0,3	0,3	0,6	0,8	1,8	6,9
Risque relatif pour les personnes vivant seules par rapport aux personnes vivant avec d'autres								
	Femmes							
Aucune incapacité	0,94	0,99	0,88	0,84	0,87	0,92	1,05	0,69
Ayant une incapacité mais n'ayant pas besoin d'aide pour les AIVQ ou les AVQ	2,40	1,41	3,02	2,69	1,73	1,68	1,14	1,89
Ayant une incapacité et ayant besoin d'aide pour les AIVQ	1,05	0,70	0,72	1,06	1,06	0,74	1,07	1,33
Ayant une incapacité et ayant besoin d'aide pour les AVQ	4,28	0,11	0,55	1,32	0,35	0,44	0,30	0,41
	Hommes							
Aucune incapacité	1,02	0,96	0,97	0,89	0,95	1,03	1,05	0,55
Ayant une incapacité mais n'ayant pas besoin d'aide pour les AIVQ ou les AVQ	0,72	1,82	1,32	1,83	1,15	0,93	1,09	1,03
Ayant une incapacité et ayant besoin d'aide pour les AIVQ	0,30	0,96	1,45	1,16	1,45	1,51	0,94	2,41
Ayant une incapacité et ayant besoin d'aide pour les AVQ	0,00	0,68	0,78	0,34	0,39	0,27	0,27	0,35

1. Activités instrumentales de la vie quotidienne.
2. Activités de la vie quotidienne.

Source : Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1986.

élevé de personnes âgées de 65 ans et plus qui, selon les estimations, vivent seules et ont besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne; en 1991, on estimait que 33 000 femmes et 3 700 hommes étaient dans cette situation. Or c'est ce groupe, beaucoup plus susceptible de faire appel aux services de soutien officiels, qui augmentera considérablement au cours des deux prochaines décennies et qui suscitera donc les plus grandes préoccupations en ce qui a trait aux soins de longue durée.

4.2.4 La mobilité

La vie des personnes âgées est ponctuée de nombreux changements, non seulement sur le plan de la santé et des caractéristiques familiales, mais également en ce qui a trait à l'environnement dans lequel elles vivent. Au chapitre 3, nous avons indiqué que les changements de résidence résultant de la migration représentent souvent un événement majeur dans le vie des personnes âgées, même si ces changements sont plus fréquents chez les plus jeunes.

L'état de santé est un facteur important qui nous aide à comprendre le comportement des aînés en matière de mobilité. Selon Litwak et Longino (1987), les expériences vécues au troisième âge sont associées à trois principaux types de déplacement, qui surviennent à différents moments et dont les deux premiers ont été discutés au chapitre 2. Les déplacements guidés par la recherche d'agréments se produisent le plus souvent au moment de la retraite, ou un peu avant ou un peu après, et sont effectués surtout par des couples intacts, en santé et à l'aise. À mesure que la capacité de maintenir une autonomie complète diminue, sous l'effet d'une détérioration de l'état de santé de la personne ou de celle de son conjoint ou à la suite de la perte du conjoint, un deuxième type de déplacement, guidé celui-ci par le besoin de soutien, se produit. Dans ce dernier cas, la personne déménage pour aller vivre avec des membres de sa famille ou pour se rapprocher d'eux, afin de recevoir le soutien nécessaire. Enfin survient le dernier déplacement, le placement en établissement, lorsque la personne est incapable de vivre de façon autonome dans la collectivité, que ce soit pour des raisons de santé ou à cause de l'absence de soutien social adéquat.

Bien que ce modèle comporte une validité empirique évidente (Zimmerman, Jackson, Longino et Bradsher, 1993), la valeur de ses prévisions à des fins de planification reste à exploiter pleinement. Il est évident que les personnes limitées dans leurs activités ont été plus susceptibles d'avoir déménagé et moins susceptibles d'avoir migré, entre 1986 et 1991, que celles qui n'avaient pas de limitations physiques. Par ailleurs, parmi les personnes qui ont déménagé, la vraisemblance de l'avoir fait dans le but d'avoir accès à des services de soutien a augmenté sensiblement avec l'âge (voir le chapitre 2, tableau 2.16); cependant, même parmi les 75 ans et plus, moins de 10 % de ceux qui ont déménagé entre 1986 et 1991 l'ont fait dans le but de chercher du soutien social.

Les adaptations liées aux modalités de vie se remarquent également à un âge plus avancé; ainsi, plus de 25 % des personnes de 75 ans ont déménagé pour cette raison. Dans une certaine mesure, le déménagement dans un logement plus petit

apparaît comme une solution pratique pour les personnes qui ont de la difficulté à entretenir une grande maison à cause de la baisse de leur mobilité et agilité. Bien que nous soyons conscients de l'importance de ce phénomène, nous ne savons pas dans quelle mesure l'absence de possibilités ou de ressources financières peut en empêcher la réalisation. Si une personne est propriétaire d'une grande maison qui est mal située ou qui est en mauvais état, la vente pourrait être difficile et le montant obtenu, insuffisant pour lui permettre de s'offrir un logement adéquat dans un marché serré. Ce scénario décrit un problème potentiellement grave, susceptible notamment de se manifester dans les vieilles banlieues des grandes villes où les maisons construites durant les années 40 et 50 sont souvent de mauvaise qualité et où la population vieillit (voir le chapitre 3). Si la personne âgée a de la difficulté à quitter ces endroits, la prestation de services de soutien deviendra alors plus difficile, en raison à la fois des compressions financières actuelles et de coûts unitaires plus élevés pour des services offerts à une population dispersée.

Les conséquences d'un déménagement à un âge plus avancé méritent d'être examinées plus à fond. Le changement de domicile motivé par la recherche d'un soutien, en particulier pour les personnes qui ne sont plus mariées, augmente la vraisemblance d'un rapprochement avec les membres de la famille. Parallèlement, toutefois, il est beaucoup moins probable que ces personnes se retrouveront à proximité de leurs meilleurs amis. Elles sont en effet plus susceptibles de s'éloigner de leurs amis que celles qui n'entreprennent pas ce type de déménagement. Il existe donc une association fortement négative entre les changements de domicile motivés par un besoin d'aide et les mesures générales de la satisfaction de vivre, bien que celle-ci soit également liée à la perte d'autonomie pour les activités de la vie quotidienne et d'accès à des réseaux sociaux établis de longue date (McGuinness, 1996). De toute évidence, le soutien apporté par les membres de la famille peut se révéler une conséquence favorable importante du déménagement, en particulier si cela réduit le recours aux organismes extérieurs de soutien. Parallèlement, toutefois, la perte de la proximité des amis et la diminution du degré de satisfaction de vivre qui s'ensuit risquent d'accélérer la détérioration de la santé de la personne. Il est également important de souligner que les pressions accrues qui s'exercent sur les membres de la famille appelés à donner de l'aide à la suite du déménagement engendrent souvent leurs propres conséquences, à la fois pour la personne et pour les organismes publics (Rosenthal et Gladstone, 1994).

4.3 LE MODÈLE À PLUSIEURS VARIABLES DE L'ÉTAT DE SANTÉ

Il est clair qu'il y a interaction entre l'état de santé et les divers effets socioéconomiques, démographiques et géographiques précités. Nous examinons ici ces effets combinés au moyen d'une série de modèles de régression logistique basés à la fois sur les catégorisations de base de la population selon la gravité de l'incapacité et sur la classification plus rigoureuse établie selon le degré de dépendance (tableaux 4.9 et 4.10). Dans chaque cas, nous analysons séparément les populations âgées de 65 à 74 ans et celles âgées de 75 ans et plus, car l'incidence et la gravité des limitations fonctionnelles augmentent rapidement avec l'âge. De plus,

il est possible que les liens entre les attributs socioéconomiques et la santé varient eux-mêmes avec l'âge. Le tableau 4.8 présente une liste des variables utilisées pour ces analyses.

Examinons d'abord les liens avec l'incapacité. Les analyses établissent une distinction entre les personnes qui ont déclaré une incapacité, quel qu'en soit le degré, et celles dont les limitations fonctionnelles ont été définies comme étant graves (tableau 4.9). L'effet de l'âge est marqué dans ces deux groupes; le coefficient pour le groupe des 75 ans et plus est en effet plus élevé, ce qui indique que la propension à avoir une incapacité augmente plus rapidement avec l'âge.

Les effets du sexe de la personne sont également révélateurs et font ressortir l'importance d'effectuer des analyses distinctes pour les deux groupes d'âge. Les femmes âgées de 65 à 74 ans ont été proportionnellement moins nombreuses à avoir une incapacité, quel qu'en soit le degré, alors que la relation inverse a été observée chez les femmes de 75 ans et plus (tableau 4.9). Les femmes âgées de 65 à 74 ans ont été légèrement plus susceptibles d'appartenir à la catégorie des personnes ayant une incapacité grave (risque relatif de 1,17), alors que le risque relatif pour les femmes de 75 ans et plus est de 1,72. Cet écart pourrait en partie être attribuable à l'incidence des maladies graves chez les femmes, comme l'ostéoporose; cependant, il tient également au fait que les femmes vivent plus longtemps et donc qu'elles vivent plus longtemps en ayant une incapacité (Wilkins et Adams, 1992; chapitre 2).

Il est important de connaître la signification de ces risques relatifs. Ainsi, le risque relatif d'être à faible revenu pour une personne de 75 ans et plus est de 1,35. Prenons deux personnes de ce groupe d'âge identiques à tous points de vue sauf pour ce qui est du revenu : le risque relatif d'avoir une incapacité pour une personne dont le revenu est inférieur au seuil de faible revenu, par comparaison à une autre qui n'est pas à faible revenu, est de 1,35. Lorsque nous combinons les attributs *sexe féminin*, *faible revenu* et *vivant seul*, le risque relatif augmente à 1,58 (1,416 × 1,347 × 0,829). Par conséquent, un homme à faible revenu âgé de 75 ans et plus n'est qu'un peu plus d'une fois et demie plus susceptible d'avoir une incapacité qu'un homme qui vit avec sa conjointe ou d'autres personnes et qui n'est pas à faible revenu, lorsque tous les autres attributs des hommes comparés sont identiques. Par ailleurs, une femme à faible revenu qui vit seule est 1,35 fois plus susceptible d'avoir une incapacité qu'une femme qui vit seule mais qui n'est pas à faible revenu. Ces risques relatifs significatifs nous révèlent l'importance du rôle des variables sociodémographiques dans l'établissement des divers risques d'avoir une incapacité.

Les effets de vivre seul s'intensifient à la fois avec l'âge et la gravité de l'incapacité. Les personnes qui vivent seules étaient beaucoup moins susceptibles d'avoir une incapacité que celles qui vivent avec d'autres, et les personnes vivant seules à un âge plus avancé étaient également moins susceptibles d'avoir une incapacité que leurs homologues vivant avec d'autres. Dans cette analyse, les effets liés au fait de vivre seul et d'être une femme se neutralisent l'un l'autre; ainsi, la probabilité d'avoir une incapacité était plus élevée pour une femme âgée de 75 ans et plus vivant seule que pour un homme du même âge qui vit seul, mais elle était moins

TABLEAU 4.8 VARIABLES DES ANALYSES DE RÉGRESSION LOGISTIQUE, TIRÉES DE L'ENQUÊTE SUR LA SANTÉ ET LES LIMITATIONS D'ACTIVITÉS

VARIABLES DÉPENDANTES	
1. Préparation des repas	1 = Le répondant reçoit de l'aide pour la préparation des repas; 0 = autres
2. Magasinage	1 = Le répondant reçoit de l'aide pour le magasinage; 0 = autres
3. Gros travaux ménagers	1 = Le répondant reçoit de l'aide pour les gros travaux ménagers; 0 = autres
4. Travaux ménagers quotidiens	1 = Le répondant reçoit de l'aide pour les travaux ménagers quotidiens; 0 = autres
5. Soins personnels	1 = Le répondant reçoit de l'aide pour les soins personnels; 0 = autres
6. Déplacements à l'intérieur du domicile	1 = Le répondant reçoit de l'aide pour les déplacements à l'intérieur du domicile; 0 = autres
7. Ayant une incapacité	1 = Le répondant a une incapacité; 0 = autres
8. Ayant une incapacité grave	1 = Le répondant a une incapacité grave; 0 = autres
9. Activités de la vie quotidienne	1 = Le répondant reçoit de l'aide pour les activités de la vie quotidienne; 0 = autres
10. Activités de la vie quotidienne ou activités instrumentales de la vie quotidienne	1 = Le répondant reçoit de l'aide pour les activités de la vie quotidienne ou les activités instrumentales de la vie quotidienne; 0 = autres
VARIABLES INDÉPENDANTES	
Indicateurs sociodémographiques	
Variables de l'âge	
1. Groupe d'âge 1	1 = Le répondant a entre 65 et 69 ans
	2 = Le répondant a entre 70 et 74 ans
2. Groupe d'âge 2	1 = Le répondant a entre 75 et 79 ans
	2 = Le répondant a entre 80 et 84 ans
	3 = Le répondant est âgé de 85 ans et plus
3. Femme	1 = Le répondant est une femme; 0 = autres
4. Vivant seul	1 = Le répondant vit seul; 0 = autres
5. Faible revenu	1 = Le répondant vit sous le seuil de faible revenu; 0 = autres
6. Études postsecondaires	1 = Le répondant est titulaire d'un baccalauréat ou d'un premier diplôme à finalité professionnelle; 0 = autres
Indicateurs de la mobilité résidentielle : catégorie de référence = répondant n'ayant pas déménagé au cours des cinq dernières années	
7. Déplacement local	1 = Le répondant a déménagé dans la même subdivision de recensement au cours des cinq dernières années; 0 = autres
8. Migration	1 = Le répondant a déménagé dans une autre subdivision de recensement au cours des cinq dernières années; 0 = autres
Indicateurs de la taille du lieu de résidence : catégorie de référence = répondant vivant dans une autre région urbaine	
9. Région métropolitaine de recensement	1 = Le répondant vit dans une région métropolitaine de recensement; 0 = autres
10. Région rurale	1 = Le répondant vit dans une région rurale; 0 = autres
Indicateurs régionaux : catégorie de référence = répondant vivant en Colombie-Britannique	
11. Provinces de l'Atlantique	1 = Le répondant vit à Terre-Neuve, à l'Île-du-Prince-Édouard, en Nouvelle-Écosse ou au Nouveau-Brunswick; 0 = autres
12. Québec	1 = Le répondant vit au Québec; 0 = autres
13. Ontario	1 = Le répondant vit en Ontario; 0 = autres
14. Provinces des Prairies	1 = Le répondant vit au Manitoba, en Saskatchewan ou en Alberta; 0 = autres

élevée que pour une femme vivant avec d'autres. Cependant, comparativement à un homme vivant avec d'autres, cette femme de 75 ans et plus vivant seule risquait légèrement plus d'avoir une incapacité, mais moins d'avoir une incapacité grave. (Pour obtenir ces résultats, nous multiplions les risques relatifs associés aux variables *femme* et *vivant seul*.)

Pour ces deux degrés d'incapacité, les variables socioéconomiques produisent l'effet prévu. Les risques d'avoir une incapacité ou une incapacité grave étaient beaucoup plus grands pour les personnes *à faible revenu*, alors que l'inverse a été observé pour les personnes ayant fait des études postsecondaires. Cependant, les effets s'atténuent avec l'âge; ainsi, les personnes âgées de 65 à 74 ans ayant fait des études postsecondaires partielles étaient, proportionnellement, à peine deux fois moins nombreuses à avoir une incapacité que celles n'ayant pas fait d'études postsecondaires.

Les effets de la migration et des déplacements locaux sont particulièrement marqués dans ces analyses. Les personnes ayant déménagé localement entre 1986 et 1991 ont été beaucoup plus susceptibles d'avoir une incapacité — que l'on tienne compte uniquement des incapacités graves ou de l'ensemble des incapacités. Ces effets ont par ailleurs été aussi marqués, voire plus marqués, dans le groupe d'âge plus âgé, ce qui montre bien l'importance des déménagements locaux à un âge plus avancé, dont bon nombre sont associés à une perte réelle ou anticipée du degré d'autonomie fonctionnelle. Bien que ces déplacements ne modifient pas les caractéristiques de la population locale, ils contribuent souvent à améliorer l'accès au soutien social, en particulier à l'aide qui provient de la famille (tableau 4.10).

Les effets de la migration diffèrent. Bien que tous les coefficients associés aux «migrants» soient positifs et s'accompagnent de risques relatifs supérieurs à 1, les coefficients associés aux personnes ayant une incapacité grave ne sont pas significatifs (tableau 4.9). Cependant, lorsqu'on tient compte de tous les degrés d'incapacité, les risques relatifs dépassent nettement 1, et ils augmentent encore davantage (1,71) pour les personnes âgées de 75 ans et plus. Ces données viennent étayer, de façon solide quoique indirecte, l'hypothèse de Litwak et Longino (1987) quant à l'importance des déplacements motivés par la recherche de soutien chez les personnes les plus âgées. Cela signifie qu'un grand nombre de personnes âgées retournent au lieu où elles ont vécu une grande partie de leur enfance ou de leur vie professionnelle après avoir perdu un certain degré de capacité ou d'autonomie, mais avant que leur état ne devienne trop limitatif. En outre, les coefficients pour la migration ne deviennent jamais négatifs (le risque relatif ne tombe pas en deçà de 1), ce qui laisse croire qu'une incapacité grave ne constitue pas un obstacle fréquent à la migration, bien qu'elle puisse l'être pour certaines personnes.

Les variables géographiques présentent certaines différences générales. Ainsi, les résidents des régions métropolitaines sont apparus un peu moins susceptibles d'avoir une incapacité ou une incapacité grave entre 65 et 74 ans, mais ces différences sont minimes chez les plus âgés. Les différences régionales s'intensifient principalement lorsque tous les degrés d'incapacité sont englobés dans l'analyse. La fréquence de l'incapacité s'avère ainsi beaucoup plus faible au Québec qu'en

Tableau 4.9 Modèles de régression logistique — Corrélats de l'incapacité

Variable dépendante = Ayant une incapacité

Variables indépendantes[1]	65 à 74 ans Risque relatif	65 à 74 ans Niveau de signification	Variables indépendantes	75 ans et plus Risque relatif	75 ans et plus Niveau de signification
Sans variables régionales					
Groupe d'âge 1	1,309	+ + +[2]	Groupe d'âge 2	1,693	+ + +
Femme	0,767	– – –	Femme	1,416	+ + +
Vivant seul	0,949	NS[3]	Vivant seul	0,829	– – –
Faible revenu	1,881	+ + +	Faible revenu	1,347	+ + +
Études postsecondaires	0,669	– – –	Études postsecondaires	0,804	– –
Déplacement local	1,103	+	Déplacement local	1,503	+ + +
Migration	1,194	+ + +	Migration	1,712	+ + +
Région métropolitaine de recensement	0,708	– – –	Région métropolitaine de recensement	0,979	NS
Région rurale	1,032	NS	Région rurale	0,980	NS
Avec variables régionales					
Groupe d'âge 1	1,306	+ + +	Groupe d'âge 2	1,703	+ + +
Femme	0,767	– – –	Femme	1,428	+ + +
Vivant seul	0,950	NS	Vivant seul	0,795	– – –
Faible revenu	1,954	+ + +	Faible revenu	1,391	+ + +
Études postsecondaires	0,668	– – –	Études postsecondaires	0,814	– –
Déplacement local	1,125	+	Déplacement local	1,550	+ + +
Migration	1,198	+ + +	Migration	1,762	+ + +
Région métropolitaine de recensement	0,758	– – –	Région métropolitaine de recensement	1,043	NS
Région rurale	1,050	NS	Région rurale	0,949	NS
Provinces de l'Atlantique	1,370	+ + +	Provinces de l'Atlantique	1,562	+ + +
Québec	0,786	– – –	Québec	0,823	– –
Ontario	1,162	+ +	Ontario	1,177	+ +
Provinces des Prairies	1,124	+	Provinces des Prairies	1,427	+ + +
Nombre d'observations	19 912			14 253	

Variable dépendante = Ayant une incapacité grave

Variables indépendantes	65 à 74 ans Risque relatif	65 à 74 ans Niveau de signification	Variables indépendantes	75 ans et plus Risque relatif	75 ans et plus Niveau de signification
Sans variables régionales					
Groupe d'âge 1	1,444	+ + +	Groupe d'âge 2	1,967	+ + +
Femme	1,172	+ +	Femme	1,717	+ + +
Vivant seul	0,713	– – –	Vivant seul	0,502	– – –
Faible revenu	1,591	+ + +	Faible revenu	1,319	+ + +
Études postsecondaires	0,539	– – –	Études postsecondaires	0,800	–
Déplacement local	1,621	+ + +	Déplacement local	1,458	+ + +
Migration	1,125	NS	Migration	1,066	NS
Région métropolitaine de recensement	0,833	– –	Région métropolitaine de recensement	0,918	NS
Région rurale	0,866	NS	Région rurale	1,057	NS
Avec variables régionales					
Groupe d'âge 1	1,442	+ + +	Groupe d'âge 2	1,965	+ + +
Femme	1,173	+ +	Femme	1,725	+ + +
Vivant seul	0,713	– – –	Vivant seul	0,491	– – –
Faible revenu	1,607	+ + +	Faible revenu	1,341	+ + +
Études postsecondaires	0,534	– – –	Études postsecondaires	0,798	–
Déplacement local	1,635	+ + +	Déplacement local	1,452	+ + +
Migration	1,119	NS	Migration	1,065	NS
Région métropolitaine de recensement	0,851	–	Région métropolitaine de recensement	0,939	NS
Région rurale	0,853	–	Région rurale	1,038	NS
Provinces de l'Atlantique	1,148	NS	Provinces de l'Atlantique	1,128	NS
Québec	0,807	–	Québec	0,835	–
Ontario	0,902	NS	Ontario	0,987	NS
Provinces des Prairies	0,954	NS	Provinces des Prairies	1,138	NS
Nombre d'observations	19 912			14 253	

1. Voir le tableau 4.8 pour une définition des variables.
2. Pour + + + et – – –, le niveau de signification est 0,001;
   pour + + et – –, il est 0,01;
   pour + et –, il est 0,05;
   pour chacun des modèles, la valeur chi carré est significative si $p < 0,0001$.
3. Non significatif.

Source : Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1986.

TABLEAU 4.10 MODÈLES DE RÉGRESSION LOGISTIQUE — AIDE POUR LES ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE ET LES ACTIVITÉS INSTRUMENTALES DE LA VIE QUOTIDIENNE

VARIABLE DÉPENDANTE = ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE

Variables indépendantes[1]	65 à 74 ans Risque relatif	65 à 74 ans Niveau de signification	Variables indépendantes	75 ans et plus Risque relatif	75 ans et plus Niveau de signification
Sans variables régionales					
Groupe d'âge 1	1,741	+ + +[2]	Groupe d'âge 2	2,018	+ + +
Femme	1,206	+	Femme	1,441	+ + +
Vivant seul	0,308	− − −	Vivant seul	0,222	− − −
Faible revenu	1,407	+	Faible revenu	1,823	+ + +
Études postsecondaires	0,702	NS[3]	Études postsecondaires	0,839	NS
Déplacement local	1,725	+ + +	Déplacement local	1,508	+ + +
Migration	1,044	NS	Migration	1,243	NS
Région métropolitaine de recensement	1,168	NS	Région métropolitaine de recensement	1,109	NS
Région rurale	0,956	NS	Région rurale	1,181	NS
Avec variables régionales					
Groupe d'âge 1	1,731	+ + +	Groupe d'âge 2	2,008	+ + +
Femme	1,208	+	Femme	1,465	+ + +
Vivant seul	0,310	− − −	Vivant seul	0,216	− − −
Faible revenu	1,436	+ +	Faible revenu	1,852	+ + +
Études postsecondaires	0,701	NS	Études postsecondaires	0,813	NS
Déplacement local	1,745	+ + +	Déplacement local	1,454	+ + +
Migration	1,045	NS	Migration	1,237	NS
Région métropolitaine de recensement	1,213	NS	Région métropolitaine de recensement	1,111	NS
Région rurale	0,959	NS	Région rurale	1,129	NS
Provinces de l'Atlantique	1,255	NS	Provinces de l'Atlantique	1,095	NS
Québec	0,883	NS	Québec	0,875	NS
Ontario	1,128	NS	Ontario	0,879	NS
Provinces des Prairies	1,163	NS	Provinces des Prairies	1,268	+
Nombre d'observations	19 912			14 253	

VARIABLE DÉPENDANTE = ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE OU ACTIVITÉS INSTRUMENTALES DE LA VIE QUOTIDIENNE

Variables indépendantes	65 à 74 ans Risque relatif	65 à 74 ans Niveau de signification	Variables indépendantes	75 ans et plus Risque relatif	75 ans et plus Niveau de signification
Sans variables régionales					
Groupe d'âge 1	1,508	+ + +	Groupe d'âge 2	1,999	+ + +
Femme	1,981	+ + +	Femme	2,074	+ + +
Vivant seul	0,602	− − −	Vivant seul	0,663	− − −
Faible revenu	1,332	+ + +	Faible revenu	1,391	+ + +
Études postsecondaires	0,680	− − −	Études postsecondaires	0,961	NS
Déplacement local	1,416	+ + +	Déplacement local	1,524	+ + +
Migration	1,161	NS	Migration	1,161	NS
Région métropolitaine de recensement	0,937	NS	Région métropolitaine de recensement	1,089	NS
Région rurale	0,889	NS	Région rurale	1,092	NS
Avec variables régionales					
Groupe d'âge 1	1,511	+ + +	Groupe d'âge 2	1,998	+ + +
Femme	1,979	+ + +	Femme	2,085	+ + +
Vivant seul	0,603	− − −	Vivant seul	0,656	− − −
Faible revenu	1,317	+ + +	Faible revenu	1,397	+ + +
Études postsecondaires	0,675	− − −	Études postsecondaires	0,951	NS
Déplacement local	1,417	+ + +	Déplacement local	1,510	+ + +
Migration	1,173	+	Migration	1,151	NS
Région métropolitaine de recensement	0,938	NS	Région métropolitaine de recensement	1,102	+
Région rurale	0,858	−	Région rurale	1,068	NS
Provinces de l'Atlantique	1,227	+	Provinces de l'Atlantique	1,059	NS
Québec	1,020	NS	Québec	0,791	− − −
Ontario	0,943	NS	Ontario	0,865	−
Provinces des Prairies	1,000	NS	Provinces des Prairies	0,961	NS
Nombre d'observations	19 912			14 253	

1. Voir le tableau 4.8 pour une définition des variables.
2. Pour + + + et − − −, le niveau de signification est 0,001;
   pour + + et − −, il est 0,01;
   pour + et −, il est 0,05;
   pour chacun des modèles, la valeur chi carré est significative si $p < 0,0001$.
3. Non significatif.

Source : Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1986.

Colombie-Britannique — la région de référence (c'est-à-dire que les coefficients des autres régions sont comparés à celui de la Colombie-Britannique). Les autres régions affichent un taux plus élevé. Parmi les personnes ayant une incapacité grave, les différences disparaissent, sauf au Québec, où les taux étaient au départ plus faibles. Étant donné la nature détaillée des questions sur les problèmes fonctionnels qui servent à définir l'incapacité, il est difficile d'expliquer ces différences. Elles pourraient peut-être s'expliquer par le fait que les «jeunes» personnes âgées et les préretraités qui migrent en Colombie-Britannique jouissent d'une meilleure santé et d'un meilleur revenu, et que les aînés qui restent sont légèrement plus susceptibles d'avoir une incapacité. On pourrait également invoquer le phénomène de la migration de retour parmi les plus âgés, qui serait motivée par un besoin de soutien social; la plupart de ces migrations se feraient vers d'autres provinces que la Colombie-Britannique. Cependant, cela n'explique pas les chiffres obtenus pour le Québec. Certains pourraient attribuer cette situation à des différences culturelles qui se traduisent par des façons différentes de percevoir et de déclarer les incapacités légères. Cependant, il n'existe aucune donnée pour corroborer une telle hypothèse. En 1991, le Québec affichait ces mêmes taux plus faibles à l'égard de la fréquence de l'incapacité (voir le chapitre 3); cependant, les données sont insuffisantes pour appuyer une analyse aussi détaillée que celle effectuée en 1986.

La classification de l'état de santé en fonction du degré d'autonomie fait intervenir deux séries d'analyses. La première examine la vraisemblance d'obtenir de l'aide pour les activités de la vie quotidienne comme les soins personnels et les déplacements à la maison. La seconde examine la probabilité d'obtenir de l'aide soit pour les activités de la vie quotidienne, soit pour les activités instrumentales de la vie quotidienne. Les résultats sont similaires à ceux obtenus pour les personnes ayant une incapacité grave. Les effets de l'âge et du fait d'être femme sont fortement positifs et augmentent chez les plus âgés. En revanche, les effets de vivre seul sont négatifs et ils sont les plus marqués parmi la cohorte des 75 ans et plus en ce qui a trait aux activités de la vie quotidienne. En d'autres mots, les personnes de ce groupe d'âge qui vivent seules étaient beaucoup moins susceptibles de recevoir de l'aide pour les activités de la vie quotidienne que les personnes qui vivaient avec d'autres (tableaux 4.7 et 4.10). Les effets des variables du faible revenu et des études postsecondaires ressemblent à ceux des mesures de l'incapacité, bien que l'effet du faible revenu soit beaucoup plus marqué, en particulier chez les personnes qui reçoivent de l'aide pour les activités de la vie quotidienne.

Comme le besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne et les activités instrumentales de la vie quotidienne s'applique aux personnes plus fortement limitées, seule la variable du déplacement local est importante dans les équations. Ainsi, le fait de déménager localement augmente de 40 % à 70 % la vraisemblance d'obtenir une telle aide dans l'ensemble des équations indiquées au tableau 4.9, ce qui vient confirmer l'importance de ces déplacements pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Lorsqu'on examine ce type de soutien, les variables géographiques n'ont pas d'importance pour les activités de la vie quotidienne ou les activités instrumentales de la vie quotidienne chez les 75 ans et plus, sauf au Québec.

4.4 LES VARIATIONS RÉGIONALES DE L'INCIDENCE DE L'INCAPACITÉ

Les analyses de régression dans les sections qui précèdent font ressortir l'effet géographique général sur la vraisemblance qu'une personne éprouve divers degrés de limitation fonctionnelle. Fait particulier à souligner, les vraisemblances dans chaque analyse ont été plus faibles pour les répondants à l'ESLA du Québec, même après neutralisation d'un vaste éventail de variables socioéconomiques et démographiques. Deux questions se posent. Ces effets régionaux peuvent-ils être définis de façon plus détaillée sur le plan géographique ? Comment ces différences géographiques influent-elles sur le fardeau potentiel imposé aux services de soins de santé et aux services sociaux ?

La répartition géographique des personnes âgées invalides s'appuie sur deux facteurs. Le premier est la répartition des personnes âgées elles-mêmes. Lorsqu'une population locale compte une proportion nettement plus élevée de personnes âgées de 65 ans et plus, alors une proportion relativement plus importante de la population peut à la fois être âgée et avoir une incapacité. L'aspect géographique de la répartition des personnes âgées a été examiné en détail au chapitre 3.

Le second facteur consiste en la variation spatiale dans la probabilité d'avoir une incapacité. En d'autres mots, la vraisemblance d'avoir une incapacité est-elle plus élevée dans certains régions que dans d'autres et de telles variations peuvent-elles être imputables à des différences dans les attributs des collectivités locales ? Le produit de la population âgée locale et des taux locaux par âge et par sexe détermine le nombre de personnes âgées ayant une incapacité dans la population locale.

Notre capacité d'effectuer une telle analyse est limitée par la disponibilité de données nationales portant sur de petites régions. L'ESLA ne convient pas à ce type d'analyse, car il est impossible d'établir des estimations sur de petites régions en raison de la taille de l'échantillon. Une question de sélection a toutefois été incluse dans le Recensement de 1991, qui demandait au répondant d'indiquer s'il avait souffert d'une affection de longue durée qui avait entraîné une limitation fonctionnelle à la maison, au travail ou à l'école. Bien qu'on ne pense pas que ces données fournissent une estimation fiable du nombre réel de personnes ayant une limitation fonctionnelle dans la collectivité[7], on peut cependant prétendre qu'elles constituent un indicateur valable de l'incidence *relative* des limitations fonctionnelles, à la condition de présumer qu'il n'y a pas eu de grandes variations régionales dans l'interprétation de la question et dans la façon d'y répondre.

Pour chaque division de recensement, nous indiquons, par sexe, le nombre de personnes ayant une limitation fonctionnelle et celui des personnes qui n'en ont pas dans six groupes d'âge. Si I_{ki} représente le nombre de personnes ayant une incapacité dans le groupe d'âge k dans la région i, et P_{ki}, la population dans ce groupe d'âge dans la division de recensement, alors l'équation

$$r_{ki} = \frac{I_{ki}}{P_{ki}}$$

représente le taux d'incapacité par âge dans le groupe d'âge k dans la région i. De plus, si p_k est la proportion de la population canadienne dans le groupe d'âge k, alors l'équation

$$L_i = \Sigma_k p_k \cdot r_{ki}$$

représente le taux comparatif d'incapacité pour la région i. Nous pouvons établir une deuxième mesure, $L_i(65)$, en faisant des normalisations uniquement pour les groupes d'âge de 65 ans et plus[8].

La proportion de la population dans la région i, qui est âgée et qui a une affection de longue durée associée à une limitation fonctionnelle, est exprimée par l'équation

$$G_i = \frac{\Sigma_{k>65} I_{ki}}{\Sigma_k P_{ki}}$$

Les répartitions de L_i (65) et G_i sont représentées graphiquement aux figures 4.9 et 4.10. Les taux comparatifs ont une structure fortement régionale. Ils sont ainsi relativement élevés (constamment supérieurs à 22 %) en Colombie-Britannique, dans le nord des Prairies, dans le nord de l'Ontario, dans les territoires, en Nouvelle-Écosse (où la plupart des divisions de recensement ont obtenu un taux supérieur à 26 %) et au Nouveau-Brunswick. Des taux moins élevés (moins de 22 % et souvent inférieurs à 18 %) ont prédominé au Québec ainsi que dans le sud des Prairies et, dans une moindre mesure, à Terre-Neuve.

Les tentatives visant à déterminer l'existence d'un lien entre d'autres caractéristiques de la collectivité et ces taux comparatifs ont été infructueuses (tableau 4.11). Bien que la variation de ces taux puisse en grande partie être expliquée, la série de variables fictives régionales constitue la principale source de variation. La même analyse des valeurs de L_i indique une association entre des taux plus élevés d'incapacité et les régions à faible revenu, mais cette association ne tient pas uniquement pour les personnes âgées. Nous savons qu'il existe un lien entre l'accroissement des taux de mortalité et le faible revenu, à la fois à l'échelon des personnes et à celui des petites régions; cependant, lorsque la personne vit jusqu'à un âge avancé, il devient alors impossible de déterminer les différences dans la probabilité de déclarer une incapacité en fonction de l'aisance de la collectivité locale.

L'interaction entre la structure régionale des taux d'incapacité et la configuration géographique prononcée de la répartition des personnes âgées produit un profil hautement différencié quant aux proportions de la population qui à la fois est âgée et a une incapacité (figure 4.10). Quatre régions de forte concentration apparaissent : la zone intérieure du sud de la Colombie-Britannique, le centre des Prairies, le centre de l'Ontario depuis le comté de Prince Edward sur le lac Ontario vers le nord jusqu'à la région de Muskoka et, enfin, la Nouvelle-Écosse et le sud-ouest du Nouveau-Brunswick. Dans chacune de ces régions, plus de 3 % de la population se classe dans cette catégorie et, dans bien des régions, la proportion dépasse même 4 %. Ces taux sont deux fois plus élevés qu'au Québec et que dans la majeure partie du nord du Canada, et ils sont nettement plus élevés que dans presque toutes les grandes régions métropolitaines.

FIGURE 4.9 TAUX COMPARATIFS D'INCAPACITÉ AU SEIN DE LA POPULATION ÂGÉE DE 65 ANS ET PLUS AYANT UNE INCAPACITÉ, SELON LA DIVISION DE RECENSEMENT, CANADA, 1991

Échelle
0 400 800 km

AXE WINDSOR–QUÉBEC

VILLE DE QUÉBEC

WINDSOR

Échelle
0 200 400 km

Moins de 10,0 %
10,0 % à 14,9 %
15,0 % à 19,9 %
20,0 % à 29,9 %
30,0 % et plus

Source : Recensement du Canada de 1991.

Figure 4.10 Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus ayant une incapacité, selon la division de recensement, Canada, 1991

Échelle
0 400 800 km

Axe Windsor–Québec

Ville de Québec

Windsor

Échelle
0 200 400 km

- Moins de 1,0 %
- 1,0 % à 1,9 %
- 2,0 % à 2,9 %
- 3,0 % à 3,9 %
- 4,0 % et plus

Source : Recensement du Canada de 1991.

Tableau 4.11 Modèles de régression — Taux d'incapacité de longue durée, selon la division de recensement, 1991

Variables indépendantes	Variables dépendantes: Pourcentage de la population totale ayant une incapacité de longue durée	Pourcentage de la population de 65 ans et plus ayant une incapacité de longue durée	Taux comparatif d'incapacité de longue durée pour la population totale	Taux comparatif d'incapacité de longue durée pour la population de 65 ans et plus
Coordonnée à l'origine	14,794***	5,863***	13,771***	44,130***
Pourcentage de population urbaine	– 0,004	– 0,001	– 0,000	0,012
Région métropolitaine	0,079	– 0,079	0,124	– 0,240
Pourcentage d'immigrants de 1986 à 1991	– 0,103	– 0,022	– 0,106	– 0,207
Rapport hommes-femmes parmi les 65 ans et plus	– 2,252**	– 0,827*	– 1,617*	– 2,719
Pourcentage des ménages sous le seuil de faible revenu	0,157***	0,025	0,138***	0,130
Revenu moyen	– 0,151***	– 0,085***	– 0,074***	– 0,120
Croissance démographique de 1986 à 1991	0,110*	0,017	0,138**	0,244
Pourcentage de titulaires d'un diplôme universitaire	– 0,027	0,012	– 0,030	0,086
Nombre de médecins par millier d'habitants	0,185	0,061	0,111	– 0,111
Nombre de lits d'hôpitaux par millier d'habitants	0,017	– 0,002	0,037	0,098
Nombre de travailleurs de la santé par millier d'habitants	0,016	0,019*	– 0,016	– 0,045
Température moyenne en juillet	– 0,037	– 0,008	– 0,040	– 0,025
Température moyenne en janvier	0,037*	0,040***	– 0,026	– 0,082
Nombre d'heures d'ensoleillement par année	0,077	0,037	– 0,029	– 0,525**
Provinces de l'Atlantique	0,171	0,017	0,010	– 1,663
Québec	– 2,370***	– 1,145***	– 2,609***	– 10,250***
Ontario	1,266***	0,327*	0,632*	– 1,553
Provinces des Prairies	– 1,772***	– 0,597***	– 1,622***	– 4,262***
Pourcentage des aînés âgés de 80 ans et plus	0,062*	0,054**	0,026	0,020
Pourcentage ayant moins de 9 années d'études	– 0,053**	– 0,006	– 0,053**	– 0,086
Pourcentage de chômeurs	– 0,178***	– 0,096***	– 0,098***	– 0,191*
Degrés de liberté	268	268	268	268
Coefficient de détermination multiple	0,750	0,765	0,657	0,641

Source : Recensement du Canada de 1991.

Une analyse des corrélats de cette répartition met en évidence bon nombre des facteurs qui sous-tendent la répartition de la population elle-même. Ainsi, les valeurs élevées sont associées aux collectivités plus stables et à plus faible revenu. L'association avec la répartition des travailleurs de la santé présente aussi un intérêt. Ces deux associations font ressortir l'importance des collectivités plus petites et relativement stables, comme London et Kingston (Ontario) et Sherbrooke (Québec), ainsi que des régions métropolitaines des Prairies, dont la population est relativement bien instruite et qui, dans bien des cas, disposent de centres de soins tertiaires ou même d'hôpitaux d'enseignement universitaire. Bien que le nombre absolu d'usagers potentiels soit plus élevé dans les grandes régions métropolitaines de Toronto, Montréal et Vancouver, le fardeau relatif associé à la prestation des soins de santé et des services sociaux se fait plus lourd dans les collectivités plus petites. Qui plus est, cette population a relativement moins de mobilité que la jeune population, et il est peu réaliste de croire qu'elle pourra facilement se déplacer là où sont les ressources. Le prix élevé des maisons et des logements dans les grands centres urbains a un effet dissuasif marqué sur les personnes qui désirent déménager d'un petit centre vers un centre plus grand. Il n'est pas rare que les enfants des personnes qui vivent dans les petites régions urbaines ou en régions rurales se soient établis dans les grands centres urbains. Cependant, en raison des frais de logement élevés, il est parfois difficile pour les parents de déménager pour se rapprocher de leurs enfants.

Les personnes âgées ayant une incapacité n'ont pas eu fortement tendance à se rassembler dans les régions à forte concentration de services (mesurée en fonction du nombre de médecins et du nombre de lits d'hôpitaux par millier d'habitants). Notons cependant une exception caractérisée par une répartition similaire des personnes âgées ayant une incapacité et des travailleurs de la santé dans les collectivités plus petites dont la population est bien instruite. Par ailleurs, on observe dans les grandes villes et sur la côte Ouest une plus grande concentration de médecins que de personnes âgées ayant une incapacité. La répartition des lits d'hôpitaux reflète les décisions prises alors que la population était plus dispersée et moins urbanisée.

De toute évidence, ces associations simples ne constituent pas de bonnes bases pour l'attribution des services. L'organisation des services de santé caractérisée par le regroupement des services plus spécialisés dans les centres de soins tertiaires laisse supposer une concentration des travailleurs de la santé et des médecins dans ces centres, laquelle ne reflète pas nécessairement la répartition de la population. Qui plus est, la prestation des services dans les régions où la population est dispersée ne peut pas se fonder simplement sur le nombre de médecins par habitant, puisque le temps nécessaire pour rejoindre les patients peut varier sensiblement d'une collectivité à une autre.

Cependant, il faut surtout retenir qu'une grande partie de la demande future de soins de santé et de services sociaux viendra de la population âgée. Or cette population est *relativement* concentrée dans un grand nombre des régions du pays les moins avantagées économiquement, et elle n'est pas particulièrement mobile. Si nous voulons lui fournir des services de base adéquats, il faudra mettre en place

un mécanisme de prestation pertinent là où vivent ces personnes et en confier la responsabilité aux organismes publics; on ne peut présumer que les aînés pourront simplement s'adapter, en déménageant ou en parcourant de plus grandes distances pour avoir accès aux ressources.

4.4.1 La variation géographique de l'état de santé à Toronto, Montréal et Vancouver

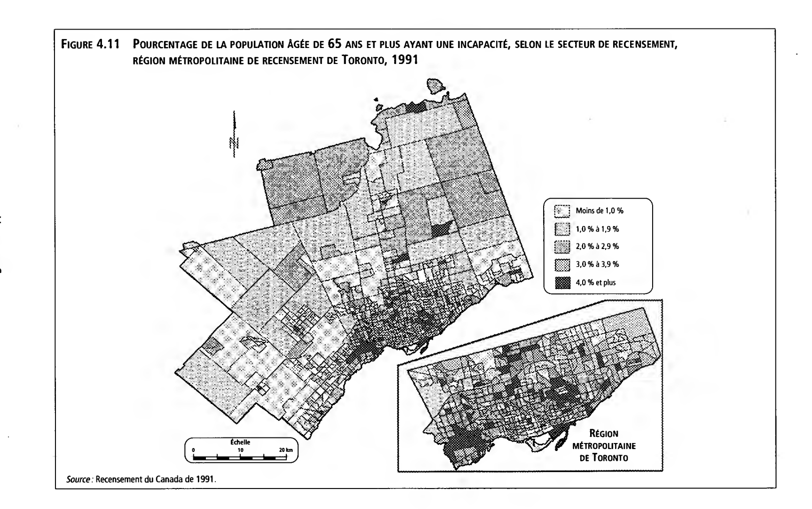
Nous reprenons ici l'analyse effectuée à la section précédente, en nous intéressant cette fois aux secteurs de recensement des trois plus grandes régions métropolitaines du Canada, soit Toronto, Montréal et Vancouver. Des données similaires à celles portant sur les divisions de recensement nous permettent en effet de déterminer, pour chaque secteur de recensement, la proportion de la population souffrant d'incapacités à long terme (dans tous les groupes d'âge et chez les personnes âgées de 65 ans et plus), ainsi que les proportions normalisées des personnes ayant une incapacité à long terme. La proportion des personnes âgées ayant une incapacité dépend ici aussi de deux variables, à savoir la répartition de la proportion de la population âgée et les taux d'incapacité comparatifs pour les personnes âgées de 65 ans et plus.

La variable qui nous intéresse surtout ici est la proportion des personnes qui, dans chaque région, sont âgées de 65 ans et plus; cette mesure constitue en effet l'indicateur le plus direct de la demande potentielle de soins de santé et de services sociaux de la part des aînés. Les figures 4.11, 4.12 et 4.13 montrent que ces valeurs varient considérablement d'une région métropolitaine à une autre. À Toronto et à Montréal, les secteurs de recensement comptant une forte proportion de personnes âgées et invalides se situaient dans le centre de la ville et les banlieues plus vieilles aménagées durant les années 40 et 50. À Toronto, par contre, la concentration de personnes âgées et de personnes âgées invalides dans le centre-ville était beaucoup plus faible que dans les deux autres villes, cette situation reflétant les hauts niveaux d'immigration observés au cours de la dernière décennie. La répartition par âge des immigrants est en effet beaucoup plus jeune que celle des non-immigrants (voir le chapitre 1, tableau 1.4) et les immigrants sont beaucoup moins susceptibles de déclarer des incapacités que la population non immigrante (tableau 4.12).

La situation à Vancouver diffère quelque peu de celle de Toronto et de Montréal à cause de la dispersion dans l'ensemble de la région du grand nombre de personnes âgées ayant une incapacité. Cette situation tient en partie au fait que Vancouver compte dans ses banlieues une forte proportion de personnes actives et davantage de régions situées à l'extérieur du centre où sont concentrées des personnes à faible revenu, comparativement aux deux autres grandes régions métropolitaines.

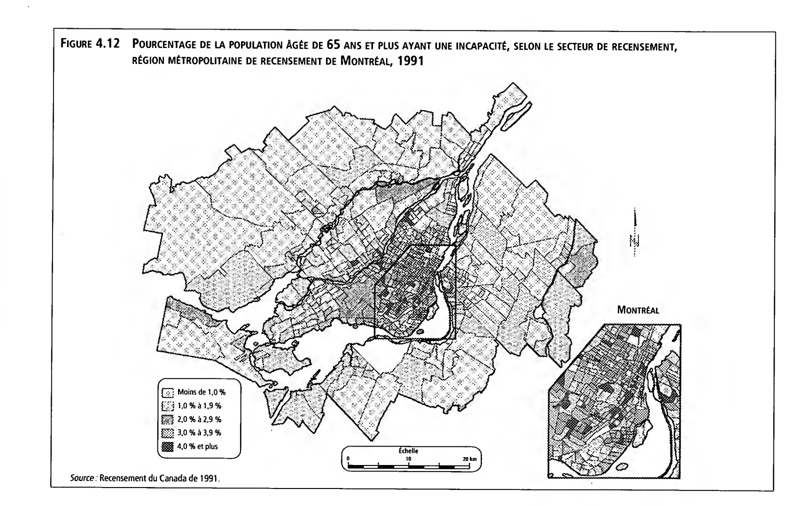
Dans chaque ville, la répartition de la proportion des personnes âgées ayant une incapacité suit étroitement celle des personnes âgées, pour la simple raison que les taux comparatifs d'incapacité de longue durée pour les personnes de 65 ans et plus varient peu et qu'il n'existe pas de corrélation étroite entre ces taux

FIGURE 4.11 POURCENTAGE DE LA POPULATION ÂGÉE DE 65 ANS ET PLUS AYANT UNE INCAPACITÉ, SELON LE SECTEUR DE RECENSEMENT, RÉGION MÉTROPOLITAINE DE RECENSEMENT DE TORONTO, 1991



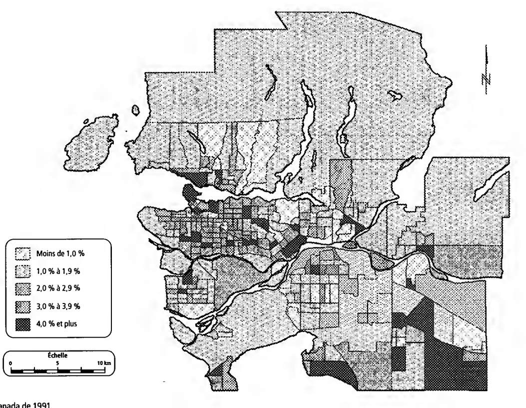
Source : Recensement du Canada de 1991.

Figure 4.12 Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus ayant une incapacité, selon le secteur de recensement, région métropolitaine de recensement de Montréal, 1991



Source : Recensement du Canada de 1991.

FIGURE 4.13 POURCENTAGE DE LA POPULATION ÂGÉE DE 65 ANS ET PLUS AYANT UNE INCAPACITÉ, SELON LE SECTEUR DE RECENSEMENT, RÉGION MÉTROPOLITAINE DE RECENSEMENT DE VANCOUVER, 1991



Source : Recensement du Canada de 1991.

et d'autres variables sociodémographiques (tableau 4.12). En fait, une série d'analyses de régression, qui examinent la relation entre des variables socioéconomiques et démographiques choisies et les mesures de l'état de santé, donnent des résultats remarquablement constants dans les trois régions métropolitaines (tableau 4.12), autant pour ce qui est de la performance globale mesurée par les valeurs du coefficient de détermination multiple que par les profils des coefficients significatifs. En général, ce sont les modèles basés sur la proportion de la population ayant des incapacités de longue durée et sur les taux comparatifs pour la population totale qui donnent les meilleurs résultats. Les modèles portant sur la proportion des personnes âgées ayant une incapacité établissent eux aussi une forte association entre, d'une part, les régions de forte concentration et, d'autre part, celles où le niveau de scolarité est faible, où le taux de chômage est élevé et où la proportion de personnes âgées vivant seules est élevée. Enfin, les modèles s'appliquant aux taux comparatifs pour les personnes âgées de 65 ans et plus sont en général beaucoup plus faibles, les principaux corrélats consistant en des régions comptant une forte proportion de personnes qui ne parlent ni l'anglais ni le français et où le niveau de scolarité est faible. Les analyses portant sur l'ensemble de la population ayant une incapacité confirment le rôle des immigrants récents dans la réduction de la fréquence de déclaration des incapacités de longue durée; des taux élevés se remarquent également dans les régions plus défavorisées, où sont élevés le taux de chômage et la proportion des ménages ayant un revenu inférieur au seuil de faible revenu. Comme dans le cas de l'analyse par division de recensement, la conclusion qui s'impose clairement est que la répartition des collectivités qui comptent une forte proportion de personnes âgées et de personnes ayant une incapacité ressemble à celle des collectivités défavorisées économiquement.

Nous pouvons tirer de cette analyse les conclusions suivantes quant à la demande future de soins de santé et de services sociaux : les régions où la proportion de personnes âgées augmente, en particulier les vieilles banlieues des grandes villes, sont susceptibles d'enregistrer une concentration croissante de personnes ayant des incapacités de longue durée. Il n'existe pas de différences géographiques suffisantes dans les taux par âge pour présumer que les personnes ayant une incapacité se rassembleront dans des régions nettement distinctes de celles où il y aura concentration de personnes âgées. En effet, même si le nombre de déplacements parmi les personnes ayant une incapacité légère ou modérée demeure considérable (voir le chapitre 2), ces déménagements n'influencent pas beaucoup la répartition de la population dans les secteurs de recensement.

4.5 CONCLUSION

Il ressort principalement de l'analyse de l'état de santé des personnes âgées au Canada que l'âge, le sexe, le fait de vivre seul et la pauvreté représentent des facteurs importants. La population âgée est loin d'être homogène et chacune de ces variables sociodémographiques est fortement associée à l'expérience personnelle vécue à la fois en regard de son propre état de santé et de l'utilisation des services

Tableau 4.12 Modèles de régression — Taux d'incapacité de longue durée pour certaines régions métropolitaines de recensement du Canada, selon le secteur de recensement, 1991

		Variables dépendantes			
Région métropolitaine de recensement	Variables indépendantes	Pourcentage de la population totale ayant une incapacité de longue durée	Pourcentage de la population de 65 ans et plus ayant une incapacité de longue durée	Taux comparatif d'incapacité de longue durée pour la population totale	Taux comparatif d'incapacité de longue durée pour la population de 65 ans et plus
Toronto	Coordonnée à l'origine	2,239***	0,842***	0,033***	0,174***
	Pourcentage ayant moins de 9 années d'études	0,116***	0,068***	0,000***	0,001*
	Pourcentage des personnes âgées vivant seules	0,079***	0,052***	0,000***	0,000*
	Pourcentage des logements nécessitant des réparations majeures	0,042**	0,012	0,000*	– 0,000
	Pourcentage de chômeurs (15 ans et plus)	0,050*	– 0,076***	0,001***	– 0,001
	Pourcentage des ménages sous le seuil de faible revenu	0,024**	– 0,004	0,000***	0,001***
	Pourcentage ne parlant ni l'anglais ni le français	– 0,141***	– 0,076***	– 0,001***	– 0,004**
	Pourcentage d'immigrants de 1986 à 1991	– 0,078***	0,007	– 0,001***	– 0,001**
	Degrés de liberté	789	789	729	729
	Coefficient de détermination multiple	0,530	0,404	0,347	0,051
Montréal	Coordonnée à l'origine	0,319*	0,098	0,014***	0,105***
	Pourcentage ayant moins de 9 années d'études	0,090***	0,022***	0,001***	0,000
	Pourcentage des personnes âgées vivant seules	0,074***	0,044***	0,000***	0,000
	Pourcentage des logements nécessitant des réparations majeures	0,032*	– 0,005	0,000**	0,001
	Pourcentage de chômeurs (15 ans et plus)	0,060***	– 0,015	0,001***	0,002*
	Pourcentage des ménages sous le seuil de faible revenu	0,011*	0,006	0,000**	0,000
	Pourcentage ne parlant ni l'anglais ni le français	– 0,240***	– 0,048*	– 0,003***	– 0,005***
	Pourcentage d'immigrants de 1986 à 1991	– 0,006	0,020	– 0,000	0,000
	Degrés de liberté	723	723	723	723
	Coefficient de détermination multiple	0,598	0,324	0,442	0,061
Vancouver	Coordonnée à l'origine	2,507***	1,509***	0,036***	0,204
	Pourcentage ayant moins de 9 années d'études	0,335***	0,182***	0,002***	0,003
	Pourcentage des personnes âgées vivant seules	0,098***	0,071***	0,000***	0,000
	Pourcentage des logements nécessitant des réparations majeures	– 0,085*	– 0,079**	– 0,000	– 0,003
	Pourcentage de chômeurs (15 ans et plus)	0,126***	– 0,150***	0,002***	0,001
	Pourcentage des ménages sous le seuil de faible revenu	– 0,051***	– 0,014	0,000	0,001
	Pourcentage ne parlant ni l'anglais ni le français	– 0,285***	– 0,089*	– 0,003***	– 0,005
	Pourcentage d'immigrants de 1986 à 1991	– 0,106**	– 0,020	– 0,001***	– 0,003
	Degrés de liberté	289	289	289	289
	Coefficient de détermination multiple	0,694	0,455	0,614	0,114

Source : Recensement du Canada de 1991.

de santé et des services sociaux. L'observation sans doute la plus importante est que la très grande majorité des «jeunes» personnes âgées (les moins de 80 ans) bénéficient d'une bonne santé, maintiennent une vie active et dépendent peu des organismes extérieurs pour l'obtention de soins de santé ou d'un soutien social. Ce n'est que parmi les personnes plus âgées que l'incidence des limitations fonctionnelles graves, qui influent sur le degré d'autonomie, augmente sensiblement. Chez les personnes de 85 ans et plus, la vraisemblance d'un placement en établissement devient un facteur important dans la mesure de l'état de santé de la population locale. Étant donné les proportions élevées de personnes dans cette catégorie, un important problème politique se pose lorsque le nombre de places en établissements diminue et qu'il s'ensuit une augmentation de la demande de services locaux.

Il existe une forte association entre la probabilité de souffrir de limitation fonctionnelle à divers degrés et une situation économique défavorable. Il y a également des associations entre, d'une part, une plus grande vraisemblance d'être en mauvaise santé et, d'autre part, la proportion des personnes ayant un revenu inférieur au seuil de faible revenu ou ayant peu de scolarité. En dépit d'une amélioration notable de la situation économique et de la scolarité des aînés au cours des deux dernières décennies, les récentes tendances économiques montrent un ralentissement de ces progrès. L'accroissement continu de la concentration des femmes âgées qui vivent seules constitue un facteur particulièrement important dans cette analyse. Bien que les taux de veuvage aient diminué parmi les personnes âgées plus jeunes, il persiste un déséquilibre entre les hommes et les femmes à un âge plus avancé, et il est peu probable qu'il se rétablisse au cours des décennies à venir. Or cette concentration de femmes vivant seules est significative car, même si le degré d'autonomie fonctionnelle de ce groupe est relativement plus élevé, ces femmes font beaucoup plus appel aux organismes de soutien officiels. Une proportion considérable des femmes qui vivent seules ne disposent en effet que d'un réseau social limité et un nombre relativement faible peuvent compter sur des membres de la famille ou des amis vivant à proximité. Là encore, il est peu probable que cette situation change beaucoup dans un avenir rapproché, et l'accroissement de la population âgée continuera de faire grimper la demande de services officiels de la part des personnes qui n'ont ni famille ni ami à proximité. En outre, comme ce groupe dispose de ressources financières relativement limitées, le financement par l'État des services qui lui sont destinés devrait être considéré comme une priorité.

Des études récentes font ressortir l'importance de la migration et des déplacements locaux effectués par les personnes d'âge avancé en réaction à une perte d'autonomie. L'analyse des résultats de l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités (ESLA) vient fortement corroborer cette hypothèse, bien qu'il soit évident que les personnes ayant une incapacité de moindre gravité sont plus susceptibles de déménager en vue de trouver un soutien. Cependant, rien n'indique que ces déplacements modifient de façon importante la répartition des personnes en mauvaise santé, que ce soit à l'échelon régional ou métropolitain.

L'analyse géographique appuie les associations économiques définies dans l'étude basée sur l'expérience personnelle. La répartition des personnes qui sont âgées et ont une incapacité reflète celle des personnes âgées et fait ressortir la concentration de ces groupes dans les collectivités à faible revenu, à taux de chômage élevé et à faible croissance. Cependant, bien qu'il existe un certain lien entre une situation économique défavorable et les taux comparatifs globaux d'incapacité à long terme, ces effets n'ont pu être décelés parmi la population âgée de 65 ans et plus. Cela tient en partie aux faibles effectifs; cependant, cette observation laisse croire également que, lorsqu'une personne atteint un âge avancé et que son état de santé se détériore rapidement, la vraisemblance d'avoir une incapacité varie peu sur le plan géographique. Il demeure malgré tout que c'est dans les collectivités défavorisées économiquement qu'on observe une concentration de ces populations.

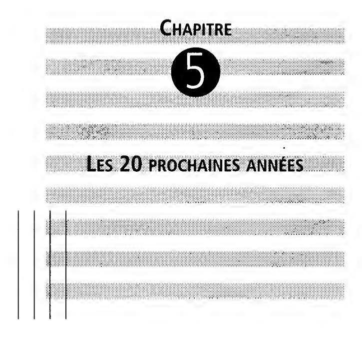
La structure géographique applicable aux divisions de recensement du pays se répète, dans une grande mesure, à l'échelle des trois grandes régions métropolitaines. Ainsi, l'importance de la pauvreté relative et d'un faible niveau de scolarité se remarque partout. L'effet de l'immigration récente apparaît comme un facteur important dans ces villes. En effet, l'immigration a considérablement augmenté à la fin des années 80 à la suite de la modification des politiques nationales, et plus de 60 % des nouveaux immigrants se sont établis à Toronto, Montréal et Vancouver. Or la répartition par âge des immigrants est beaucoup plus jeune que celle de l'ensemble de la population; les immigrants sont également beaucoup moins susceptibles de déclarer une limitation fonctionnelle, ce qui est attribuable, en partie du moins, aux évaluations de santé auxquelles ils doivent se soumettre. Par conséquent, des niveaux d'immigration élevés réduisent le vieillissement de la population et la probabilité d'avoir une incapacité, du moins à court terme.

Dans le prochain chapitre, nous examinons certaines répercussions de la structure actuelle de l'état de santé sur les profils du vieillissement et de l'incapacité qui se dessineront au cours des 20 prochaines années. Certains volets des soins de santé qui seront offerts à l'avenir dépendent largement des décisions politiques qui seront prises à l'égard du financement des soins de santé et des services sociaux. Cependant, la structure démographique actuelle et les mécanismes de redistribution géographique au sein de la population canadienne définissent déjà en grande partie la demande de services dans l'avenir.

NOTES EN FIN DE CHAPITRE

1. Organisation Mondiale de la Santé. *Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages : un manuel de classification des conséquences des maladies,* 1980, p. 135.
2. À cause des faibles nombres dans l'échantillon de 1991, auxquels sont associés des coefficients de variation élevés, les figures 4.1 et 4.2 sont des courbes ajustées de la forme $y = ae^{-bx}$, où y est le taux par âge, x est l'âge et a,b sont des constantes.
3. Cela signifie que la personne souffre au moins d'un problème fonctionnel dans chacune des six catégories d'incapacité : mobilité, agilité, vue, ouïe, parole et autres.
4. La conception du fichier de 1991 ne permet pas une ventilation par âge de la population âgée de 65 ans et plus. Le plan d'échantillonnage pour le fichier de 1986 comportait un nombre beaucoup plus élevé d'observations sur les personnes âgées, sur lesquelles s'appuie cette analyse plus détaillée. Comme la structure générale du vieillissement et de l'état de santé est très similaire pour ces deux années, il n'y aucune raison de croire que les inférences présentées puissent être mises en doute du fait qu'elles portent sur les données antérieures.
5. Les données reliées à l'âge sont celles de 1986. Les personnes ont été classées selon qu'elles habitaient une région rurale, une autre région urbaine ou une région métropolitaine. La catégorie de référence pour les modèles de régression logistique indiqués au tableau 4.3 est celle de l'autre région urbaine.
6. Voir le chapitre 3, section 3.2, pour un exemple de l'interprétation du risque relatif.
7. À titre d'exemple, selon l'estimation établie à partir de la question du Recensement de 1991, 19,5 % de la population avait une incapacité à long terme, alors que l'estimation finale établie à partir de l'ESLA de 1991 indique une proportion de 25,8 % ayant une incapacité modérée ou grave.
8. Dans ce cas, la normalisation est faite pour les groupes d'âge de 65 ans et plus. p_k représente la proportion de la population canadienne dans le groupe d'âge k où $k > 65$ et

   $$L_i(65) = \Sigma_{k>65} p_k \cdot r_{ki.}$$



Chapitre 5

Les 20 prochaines années

Dans les chapitres 1 à 4, nous avons présenté la structure démographique de base de la population âgée du Canada, son état de santé ainsi que les lieux où cette population était concentrée en 1991. Nous reprenons ici ces trois thèmes, en nous tournant vers l'avenir. La première section, qui établit un parallèle avec le chapitre 1, définit les caractéristiques démographiques de la population âgée de l'an 2011. Nous présentons ensuite, dans la deuxième section, une série de mesures établies à l'échelon de la division de recensement pour examiner la future répartition géographique de la population âgée, ceci se voulant un parallèle avec le chapitre 3. Enfin, dans la troisième section, nous utilisons les taux de limitations d'activités par âge et par sexe pour estimer la santé future de la population âgée du Canada.

Quelle que soit l'échelle géographique utilisée, les projections démographiques reflètent directement les hypothèses sur lesquelles elles s'appuient. Les valeurs de base utilisées dans l'ensemble du chapitre sont fondées sur la deuxième série de projections établie par la Section des projections démographiques de la Division de la démographie de Statistique Canada (1994). Les hypothèses qui sous-tendent cette série de projections se lisent comme suit :

- l'espérance de vie continuera de s'améliorer, passant de 74,6 ans pour les hommes et de 80,9 ans pour les femmes en 1991 à 78,5 ans pour les hommes et à 84,0 ans pour les femmes en 2016;
- le taux de fécondité demeurera constant, à 1,70 (scénario basé sur un accroissement naturel moyen de la population);
- le nombre d'immigrants passera de 219 300 en 1991 à 250 000 en 2016 (scénario basé sur un accroissement moyen de l'immigration);

- le nombre d'émigrants passera de 43 700 en 1991 à 53 790 en 2016;
- le nombre de Canadiens de retour au pays augmentera : de 18 500 en 1991, il se chiffrera à 25 630 en 2016;
- le nombre de résidents non permanents diminuera : de 381 000, il chutera à 149 600;
- la migration interprovinciale nette sera basée sur le scénario de croissance moyenne, c'est-à-dire un compromis entre le scénario de l'Ouest (qui favorise la Colombie-Britannique comme principale destination des migrants interprovinciaux) et le scénario de la région centrale (selon lequel l'Ontario serait la destination de choix des migrants interprovinciaux)[1].

Les hypothèses concernant la mortalité et la fécondité influent directement sur la taille de la population âgée. L'hypothèse de la mortalité moyenne prévoit une amélioration de l'espérance de vie. Étant donné l'évolution constante de la technologie et l'attention croissante portée aux problèmes de santé des femmes, il y a tout lieu de s'attendre à une amélioration assez marquée. On ne prévoit aucun changement dans le taux de fécondité; cependant, si celui-ci devait diminuer davantage au cours des 20 prochaines années, toute combinaison d'une amélioration de l'espérance de vie et d'une baisse de la fécondité aura pour effet d'accroître, dans une proportion encore plus grande que celle prévue ici, la taille de la population âgée de demain.

Par ailleurs, alors que la politique gouvernementale a relativement peu d'effet sur l'espérance de vie et les comportements en matière de fécondité (les effets des primes accordées lors d'une naissance sur les taux de fécondité à long terme sont fort discutables), elle influe considérablement sur l'ampleur d'un phénomène et la répartition démographique projetées dans les hypothèses concernant l'immigration, l'émigration, les Canadiens de retour au pays et les résidents non permanents. Les futurs gouvernements du Canada pourraient ainsi décider de réduire considérablement les niveaux d'immigration ou de modifier les exigences s'appliquant aux résidents non permanents, ce qui aura un effet presque immédiat sur les effectifs dans ces catégories. La réduction du niveau d'immigration augmentera le taux de vieillissement de la population à court terme, puisque la plupart des immigrants ne sont pas âgés, tandis qu'une hausse de l'immigration produira l'effet contraire. Cependant, aussi longtemps que les niveaux annuels d'immigration nette demeureront inférieurs à 1,0 % de la population totale, il est probable que l'effet de l'immigration sur la taille de la population âgée future sera minime (Mitra, 1992).

Les hypothèses précitées influent principalement sur la taille de la population âgée future, mais les effets de la migration interprovinciale nette se feront sentir davantage à l'échelon local. La migration interprovinciale — qu'elle favorise l'Ouest ou la région centrale — aura un impact important sur la taille de la population âgée future à l'échelon local, et ce dans bien des régions. Ainsi, selon le scénario de migration interprovinciale qui favorise l'Ouest, la Colombie-Britannique continuera d'être la principale destination des migrants interprovinciaux, jeunes

et vieux. (Cependant, comme nous l'avons indiqué au chapitre 3, les lieux de résidence choisis dans la province varieront selon le groupe d'âge.) L'autre aspect de l'hypothèse sur la migration interprovinciale nette, qui la différencie des autres hypothèses, veut que la migration soit beaucoup plus sensible aux fluctuations à court terme des économies locales, alors qu'elle est relativement imperméable aux changements dans la politique gouvernementale. Durant les années 70 et 80, par exemple, les collectivités de l'ouest du Canada qui dépendent de l'exploitation des ressources naturelles ont connu à la fois une forte croissance démographique, provoquée par la migration interprovinciale durant les périodes de grande prospérité, et une baisse de population durant les périodes de «dépression».

Nous avons vu que le taux de vieillissement de la population est particulièrement sensible aux facteurs économiques qui sous-tendent les courants migratoires, notamment au sein de la population active. Aussi, si des changements majeurs venaient modifier la direction de la migration d'entrée en Colombie-Britannique et en Ontario, les effets sur le taux de vieillissement de la population se feraient rapidement sentir. Dans les deux provinces, la migration atténue l'important mouvement de vieillissement dans la structure démographique actuelle.

En résumé, la deuxième série de projections est basée sur un ensemble d'hypothèses modérées. Seule une baisse marquée de l'espérance de vie ou une augmentation de la fécondité et de l'immigration se traduiraient, dans l'avenir, par un nombre de personnes âgées inférieur à celui indiqué dans le présent chapitre. À l'échelon local, toutefois, la taille future de la population âgée pourrait être sensiblement supérieure ou inférieure à celle prévue ici, selon la performance économique de la région.

5.1 LA POPULATION ÂGÉE DU CANADA EN 2011

Selon les projections pour l'an 2011, la population du Canada atteindra 35,4 millions d'habitants, dont près de cinq millions (soit 14,1 % de la population totale) seront des personnes âgées (tableau 5.1). De ce nombre, près de 1,4 million de personnes seront âgées de 80 ans et plus, et ces personnes formeront 27,9 % de l'ensemble de la population âgée de 65 ans et plus. Bien que la population dans son ensemble sera assez bien équilibrée quant à la proportion d'hommes et de femmes, le nombre de femmes âgées en 2011 demeurera supérieur à celui des hommes âgés. Ainsi, plus de 12 % des hommes auront 65 ans et plus, contre 15,8 % des femmes. L'écart entre les deux groupes s'élargira davantage chez les personnes âgées de 80 ans et plus; les hommes de 80 ans et plus représenteront en effet 22,3 % de la population âgée masculine, alors que les femmes de 80 ans et plus formeront près du tiers (32,1 %) de la population âgée féminine.

Cependant, le fait d'uniquement examiner les pourcentages prévus pour des périodes précises nous empêche de saisir les tendances plus subtiles qui se dessineront au cours des prochaines décennies. Ainsi, bien que l'écart entre les

Tableau 5.1 Projections démographiques pour le Canada, 1991 à 2011

Année	Femmes			Hommes			Population totale		
CHIFFRES DE POPULATION (EN MILLIERS)									
	Population totale	**Population de 65 ans et plus**	**Population de 80 ans et plus**	**Population totale**	**Population de 65 ans et plus**	**Population de 80 ans et plus**	**Population totale**	**Population de 65 ans et plus**	**Population de 80 ans et plus**
1991	13 730,0	1 834,0	432,0	13 344,0	1 327,0	226,0	27 073,0	3 161,0	657,0
1996	15 126,9	2 116,2	558,6	14 836,8	1 541,9	284,4	29 963,7	3 657,9	842,9
2001	16 096,1	2 320,7	678,3	15 781,2	1 710,1	339,4	31 877,3	4 030,8	1 017,7
2006	17 003,2	2 519,5	811,1	16 674,3	1 879,8	412,4	33 677,5	4 399,3	1 223,5
2011	17 878,5	2 824,9	906,4	17 541,8	2 156,2	481,7	35 420,3	4 981,1	1 388,1
POURCENTAGES									
Année	**Pourcentage des 65 ans et plus**	**Pourcentage des 80 ans et plus**	**Pourcentage des 65 ans et plus âgés de 80 ans et plus**	**Pourcentage des 65 ans et plus**	**Pourcentage des 80 ans et plus**	**Pourcentage des 65 ans et plus âgés de 80 ans et plus**	**Pourcentage des 65 ans et plus**	**Pourcentage des 80 ans et plus**	**Pourcentage des 65 ans et plus âgés de 80 ans et plus**
1991	13,4	3,1	23,6	9,9	1,7	17,0	11,7	2,4	20,8
1996	14,0	3,7	26,4	10,4	1,9	18,4	12,2	2,8	23,0
2001	14,4	4,2	29,2	10,8	2,2	19,8	12,6	3,2	25,2
2006	14,8	4,8	32,2	11,3	2,5	21,9	13,1	3,6	27,8
2011	15,8	5,1	32,1	12,3	2,7	22,3	14,1	3,9	27,9

Sources : Deuxième série de projections de Statistique Canada, 1994; Recensement du Canada de 1991.

hommes et les femmes persistera parmi la population âgée, on assistera graduellement à une convergence des rapports hommes-femmes (tableau 5.2).

Les perspectives concernant l'évolution de la population âgée varient selon la méthode utilisée pour mesurer les changements. Ainsi, selon la façon de calculer le changement qui se produira dans la taille de la population âgée entre 1991 et une date future quelconque, on peut en arriver à la conclusion que cette population croîtra à un rythme astronomique ou qu'elle augmentera plus rapidement que l'ensemble de la population, mais à un rythme moins alarmant. Les changements prévus entre 1991 et 2011 représentent une hausse de 58 % de la population âgée, comparativement à une augmentation de 31 % de l'ensemble de la population. Cependant, les taux de croissance annualisés donnent un tableau différent pour la période de 1991 à 2011 (figure 5.1). Selon les prévisions, le taux de croissance annualisé diminuera à environ 1 % pour l'ensemble de la population; dans le cas des femmes âgées, il baissera à moins de 2,0 %, puis augmentera à 2,5 % en 2011. Nous obtenons un profil similaire pour la population masculine âgée, sauf en 2011 où le taux de croissance annualisé des hommes se rapprochera davantage de 3,0 %. Ces données viennent corroborer l'hypothèse largement défendue selon laquelle il y aura rétrécissement de l'écart entre l'espérance de vie des Canadiens et celle des Canadiennes durant les prochaines décennies. Les taux de croissance annualisés pour les hommes et les femmes de 80 ans et plus devraient eux aussi diminuer entre 1991 et 2011. En résumé, la population âgée continuera de croître plus rapidement que l'ensemble de la population canadienne; cependant, les différences ne seront pas à ce point marquées qu'il faille tomber dans le piège de l'âgisme et présumer que l'accroissement futur de la population âgée provoquera la déroute de notre système de soins de santé et de services sociaux.

On s'attend à ce que le taux de vieillissement de la population âgée de 65 ans et plus demeure relativement inchangé jusqu'en l'an 2001, et qu'il augmente par la suite (figure 5.2). Parmi les 80 ans et plus, le taux de vieillissement devrait diminuer légèrement chez les femmes alors qu'il demeurera pratiquement inchangé chez les hommes.

Le tableau à l'échelon provincial se présente comme suit : au Québec, au Manitoba, en Saskatchewan et dans les provinces de l'Atlantique, la proportion de femmes âgées par rapport à l'ensemble de la population féminine devrait augmenter à plus de 17 % d'ici l'an 2011 (figure 5.3). En Ontario et en Colombie-Britannique,

TABLEAU 5.2 NOMBRE D'HOMMES POUR 100 FEMMES, SELON L'ÂGE, CANADA, 1991 À 2011

	GROUPE D'ÂGE			
Année	55 à 64 ans	65 à 74 ans	75 à 84 ans	85 ans et plus
1991	96,8	81,7	65,6	43,8
1996	97,7	84,8	65,0	41,9
2001	97,4	88,6	66,2	40,9
2006	97,4	89,7	69,7	40,9
2011	96,5	90,2	73,3	42,2

Sources : Deuxième série de projections de Statistique Canada, 1994; Recensement du Canada de 1991.

FIGURE 5.1A TAUX DE CROISSANCE ANNUALISÉS DE LA POPULATION FÉMININE, SELON L'ÂGE, CANADA, 1991 À 2011

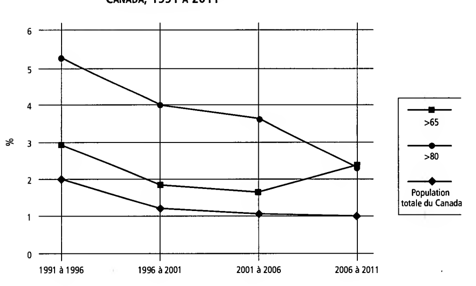
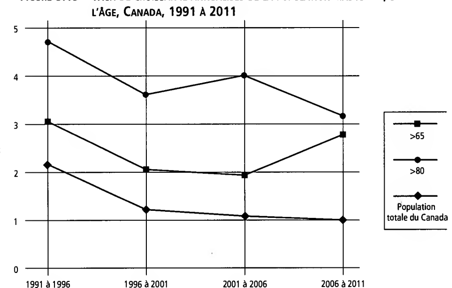


FIGURE 5.1B TAUX DE CROISSANCE ANNUALISÉS DE LA POPULATION MASCULINE, SELON L'ÂGE, CANADA, 1991 À 2011



Source : Deuxième série de projections de Statistique Canada, 1994.

FIGURE 5.2A C_{65+} AU CANADA, SELON LE SEXE, 1991 À 2011

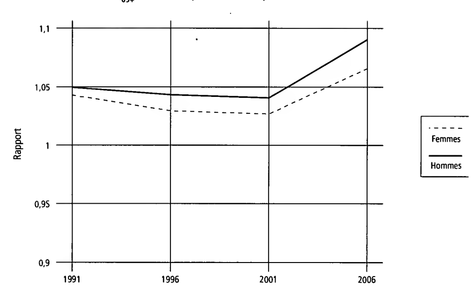
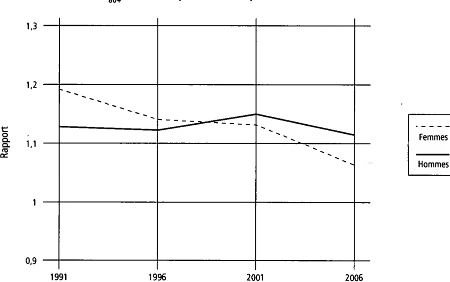


FIGURE 5.2B C_{80+} AU CANADA, SELON LE SEXE, 1991 À 2011



Source : Deuxième série de projections de Statistique Canada, 1994.

FIGURE 5.3A PROPORTION DE LA POPULATION DE 65 ANS ET PLUS, SELON LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE ET SELON LE SEXE, 2011

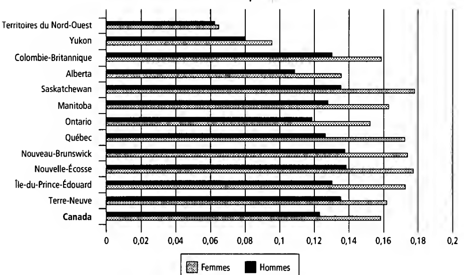
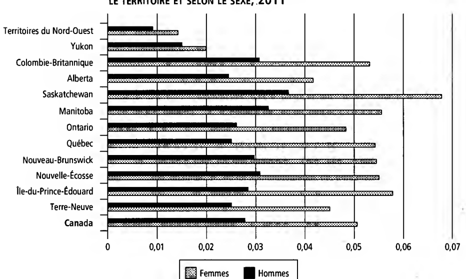


FIGURE 5.3B PROPORTION DE LA POPULATION DE 80 ANS ET PLUS, SELON LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE ET SELON LE SEXE, 2011



Source : Deuxième série de projections de Statistique Canada, 1994.

FIGURE 5.4A VALEURS DE C_{65+} POUR LA POPULATION FÉMININE, SELON LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE, 1991 À 2011

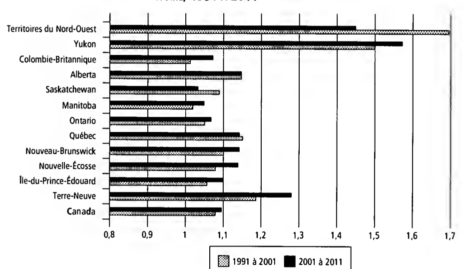
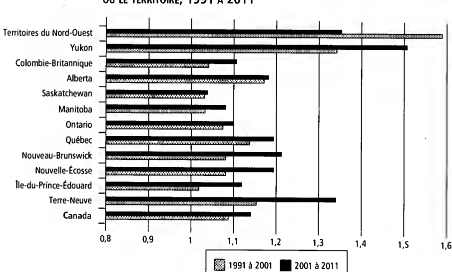


FIGURE 5.4B VALEURS DE C_{65+} POUR LA POPULATION MASCULINE, SELON LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE, 1991 À 2011



Source : Deuxième série de projections de Statistique Canada, 1994.

cette proportion se situera près de la moyenne nationale (15,8 %), alors qu'elle y sera bien inférieure en Alberta et dans les territoires. Une tendance similaire se dessine pour la population masculine âgée, bien qu'elle affiche des proportions constamment inférieures à celles des femmes. Pour ce qui est de la proportion des femmes âgées de 80 ans et plus, la Saskatchewan se situe bien au-delà de la moyenne nationale, bien que les provinces Maritimes, le Québec, le Manitoba et la Colombie-Britannique obtiennent eux aussi des proportions supérieures à la proportion nationale. Les hommes de 80 ans et plus affichent une répartition provinciale semblable, mais là encore les proportions demeurent inférieures à celles des femmes du même groupe d'âge.

Dans l'étude des taux de vieillissement jusqu'en 2011, il est utile d'analyser séparément les décennies 1991-2001 et 2001-2011. Même si l'on prévoit obtenir, durant cette dernière décennie, des taux supérieurs à ceux de la décennie actuelle, il importe également d'examiner les différences entre les sexes. Ainsi, après 2001, la population masculine commencera à vieillir beaucoup plus rapidement, alors que, chez les femmes, les taux demeureront relativement constants durant les deux décennies. Sauf à Terre-Neuve et dans les territoires, les taux pour les femmes se situeront en effet entre 5 % et 15 %, alors que chez les hommes, le taux dépassera 20 % durant la première décennie du prochain siècle (figure 5.4). Il s'agit de toute évidence d'une période de «rattrapage», durant laquelle les taux de mortalité masculine devraient continuer de se rapprocher de ceux des femmes.

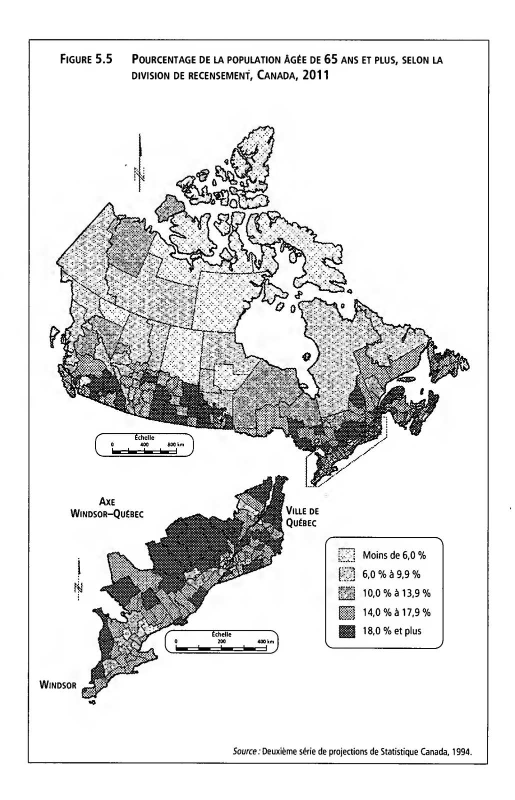
5.2 LE VIEILLISSEMENT DANS L'ENSEMBLE DU PAYS

L'accroissement de la population âgée entre 1991 et 2011 engendrera, il est certain, des défis financiers pour les gouvernements fédéral et provinciaux, mais c'est aux administrations et organismes locaux, ainsi qu'aux collectivités dans lesquelles vivront les personnes âgées, qu'incombera la responsabilité de la prestation des services à domicile ou en établissement.

Pour évaluer, dans un premier temps, l'ampleur de ces défis à l'échelle locale, nous adaptons le modèle standard de calcul de la longévité de la cohorte pour des groupes d'âge de cinq ans et des périodes de projections quinquennales et l'appliquons à chaque division de recensement du Canada, pour la période de 1991 à 2011. Une option nous permet également de faire correspondre, pour chaque période de cinq ans, la distribution cumulative par âge et par sexe des populations prévues dans l'ensemble des divisions de recensement d'une province aux projections provinciales provenant de la deuxième série de projections de Statistique Canada.

Si l'on veut interpréter la répartition géographique de la population âgée de l'an 2011, on peut considérer la figure 5.5 comme une *accentuation* de la répartition de la population âgée en 1991 (figure 3.1). En 2011, les personnes âgées de 65 ans et plus devraient représenter plus de 18 % de la population dans les divisions de recensement de la majeure partie de la Nouvelle-Écosse, du Cap-Breton et de la Gaspésie. De même, à l'exception de Montréal et des divisions de recensement qui l'entourent, la plupart des divisions de recensement situées dans l'ouest

Figure 5.5 Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus, selon la division de recensement, Canada, 2011



Source : Deuxième série de projections de Statistique Canada, 1994.

du Québec et bon nombre de celles des Cantons de l'Est au Québec auront une population composée à plus de 18 % de personnes âgées de 65 ans et plus. À Ottawa et dans la région métropolitaine de Toronto, la population âgée augmentera moins rapidement; cependant, dans bon nombre de divisions de recensement du reste du sud de l'Ontario, la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus dépassera 14 %, et elle augmentera à plus de 18 % dans les divisions de recensement situées en bordure du lac Huron. Enfin, le noyau des divisions de recensement du sud du Manitoba et de la Saskatchewan, dont la forte proportion de personnes âgées a déjà été mentionnée au chapitre 3, formera une ceinture qui s'étendra de la frontière entre l'Ontario et le Manitoba jusqu'aux abords de la Colombie-Britannique.

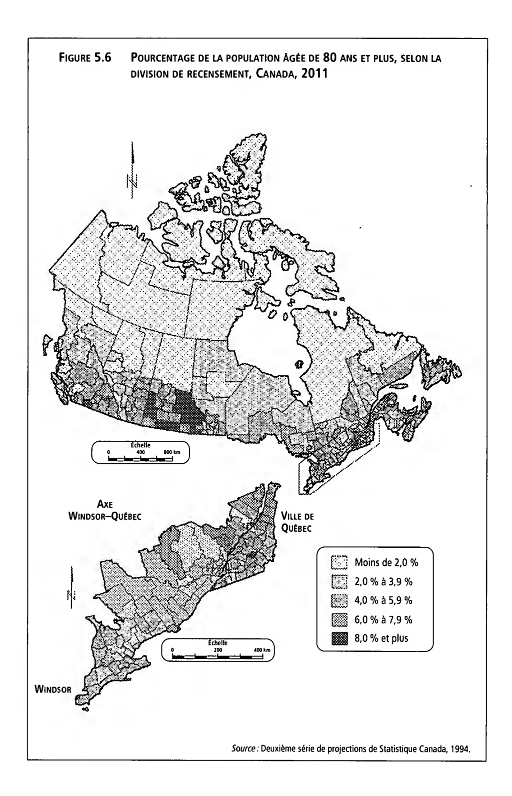
Des changements aussi apparents ressortent lorsqu'on compare la répartition géographique de la population âgée de 80 ans et plus de 2011 (figure 5.6) à celle de 1991 (figure 3.2). Dans la majeure partie des provinces de l'Atlantique et du centre du Canada, entre 2,0 % et 4,0 % de la population dans la plupart des divisions de recensement sera âgée de 80 ans et plus, et cette proportion augmentera à plus de 8,0 % dans un noyau de divisions de recensement. Enfin, dans le centre-sud de la Colombie-Britannique, un autre noyau similaire se formera, où la proportion des personnes âgées de 80 ans et plus dépassera 6,0 %.

En 2011, la population des régions du nord des provinces et des territoires demeurera plus jeune que celle du sud du Canada. Dans bon nombre des divisions de recensement septentrionales, les personnes âgées de 65 ans et plus formeront moins de 10 % de la population (figure 5.5), et moins de 4 % de la population aura 80 ans et plus (figure 5.6). Cette différence entre le nord et le sud du Canada continuera d'être attribuable principalement à la structure par âge plus jeune dans le nord, ainsi qu'aux différents effets que produira la migration interprovinciale et l'immigration, en particulier dans les grandes régions métropolitaines du Canada et à proximité de ces régions. Le seul revirement qui pourrait modifier sensiblement ces tendances serait un changement fondamental dans la géographie de la croissance économique qui, en retour, modifierait la migration. Un tel revirement est toutefois fort improbable.

Presque partout dans le sud du Canada, le rapport hommes-femmes parmi la population âgée devrait continuer d'être en faveur des femmes âgées en l'an 2011 (figure 5.7). Dans un grand nombre de divisions de recensement, toutefois, l'écart entre les sexes diminuera d'ici 2011 (comparer avec la figure 3.3). Dans le nord du Canada, c'est le contraire qui se produira. Ainsi, le rapport hommes-femmes en 2011 sera encore plus faible qu'il ne l'était en 1991 (d'où un déséquilibre encore plus grand entre femmes âgées et hommes âgés).

De même, on s'attend à ce que les rapports hommes-femmes parmi la population de 80 ans et plus dans l'ensemble du sud du Canada soient encore plus faibles en 2011 (figure 5.8) qu'ils ne l'étaient en 1991 (figure 3.4), et qu'ils diminuent également sensiblement dans la majeure partie du nord du pays. Cette différence entre les tendances observées pour les personnes âgées de 65 ans et plus (figure 5.7) et celles âgées de 80 ans et plus s'explique en partie par le rétrécissement de l'écart entre l'espérance de vie des hommes et celle des femmes, que l'on

Figure 5.6 Pourcentage de la population âgée de 80 ans et plus, selon la division de recensement, Canada, 2011



Source : Deuxième série de projections de Statistique Canada, 1994.

FIGURE 5.7 RAPPORT HOMMES-FEMMES[1] CHEZ LA POPULATION ÂGÉE DE 65 ANS ET PLUS, SELON LA DIVISION DE RECENSEMENT, CANADA, 2011

Échelle
0 400 800 km

AXE WINDSOR–QUÉBEC

VILLE DE QUÉBEC

WINDSOR

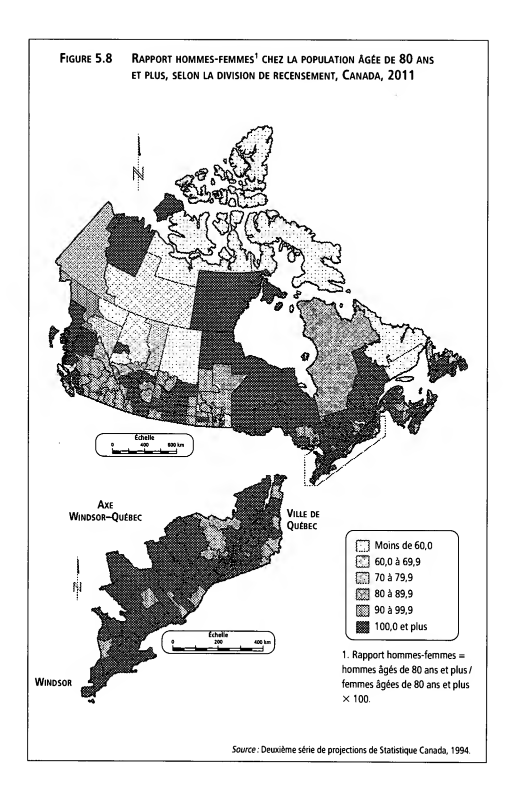
Échelle
0 200 400 km

- Moins de 60,0
- 60,0 à 69,9
- 70 à 79,9
- 80 à 89,9
- 90 à 99,9
- 100,0 et plus

1. Rapport hommes-femmes = hommes âgés de 65 ans et plus / femmes âgées de 65 ans et plus × 100.

Source : Deuxième série de projections de Statistique Canada, 1994.

FIGURE 5.8 RAPPORT HOMMES-FEMMES[1] CHEZ LA POPULATION ÂGÉE DE 80 ANS ET PLUS, SELON LA DIVISION DE RECENSEMENT, CANADA, 2011



1. Rapport hommes-femmes = hommes âgés de 80 ans et plus / femmes âgées de 80 ans et plus × 100.

Source : Deuxième série de projections de Statistique Canada, 1994.

observe actuellement dans les cohortes d'âge non âgées d'où émergeront les «jeunes» personnes âgées des premières décennies du prochain siècle. Il faut toutefois s'attendre à ce que les rapports augmentent à nouveau dans les décennies qui suivront, avec la convergence des profils de mortalité des «jeunes» personnes âgées.

Sous l'effet combiné des faibles taux de fécondité et de l'accroissement de la population âgée, le rapport de dépendance parmi les personnes âgées (composante *RDPA*) deviendra, d'ici 2011, supérieur à 30 % dans un grand nombre des divisions de recensement du sud du Canada (figure 5.9), et plus particulièrement dans les grappes de divisions de recensement mentionnées précédemment en Nouvelle-Écosse, en Gaspésie, dans l'ouest du Québec, dans le sud du Manitoba et de la Saskatchewan ainsi que dans la zone intérieure de la Colombie-Britannique. Comme on pourrait s'y attendre, la composante *RDPA* demeurera moins élevée dans les divisions de recensement du nord des provinces et des territoires que dans celles du sud. Il ne faut toutefois pas penser que ces valeurs élevées de la composante *RDPA* signifient que les collectivités visées devront fournir une grande quantité de services à *l'ensemble* de leur population âgée. En effet, comme nous l'avons constaté au chapitre 4 et l'indiquons dans la section qui suit, la plupart des personnes âgées n'auront pas d'incapacité ou n'auront besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne ou les activités instrumentales de la vie quotidienne qu'après l'âge de 80 ans.

En 1991, la répartition absolue de la population âgée, exprimée en pourcentage de la population totale par division de recensement, montrait une préférence pour les grandes régions métropolitaines du Canada (figures 3.6 et 5.10). Les régions métropolitaines de Toronto, Montréal, Vancouver, Calgary et Edmonton comptaient alors chacune au moins 2 % de la population âgée du Canada. En 2011, la concentration des personnes âgées dans ces régions devrait être encore plus marquée et, dans bon nombre des plus grandes villes, la proportion dépassera 5 %. On remarquera aussi, en particulier dans le sud de l'Ontario, le nombre de divisions de recensement en périphérie de la région métropolitaine de Toronto comptant un nombre absolu élevé de personnes âgées. Il s'agira de la troisième phase du vieillissement des villes canadiennes[2].

5.3 L'INCAPACITÉ EN 2011

Pour établir des projections de l'incapacité au Canada et dans les provinces en 2011, nous avons appliqué les taux d'incapacité par âge et par sexe obtenus de l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités (ESLA) de 1986 aux chiffres du Recensement de 1991 et aux projections pour 2011. Pour ce faire, nous nous sommes basés sur les hypothèses suivantes : les taux d'incapacité par âge et par sexe demeurent constants et les taux provinciaux d'incapacité peuvent être appliqués à leurs divisions de recensement respectives. Il est généralement reconnu que les taux globaux d'incapacité ne devraient pas diminuer dans l'avenir; cependant, selon une des hypothèses formulées, l'espérance de vie sans avoir d'incapacité augmentera à mesure qu'augmentera l'espérance de vie (Wilkins et Adams, 1992). Il y aurait donc moins de personnes ayant une incapacité parmi les jeunes

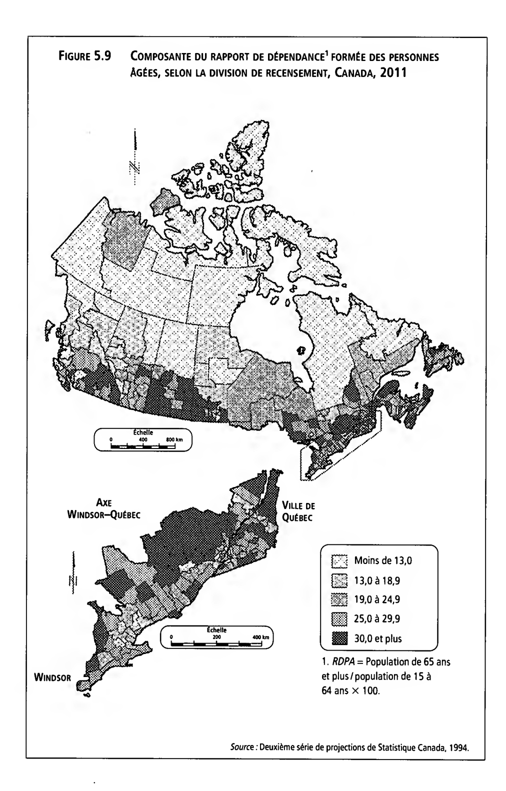


Figure 5.9 Composante du rapport de dépendance[1] formée des personnes âgées, selon la division de recensement, Canada, 2011

1. *RDPA* = Population de 65 ans et plus / population de 15 à 64 ans × 100.

Source : Deuxième série de projections de Statistique Canada, 1994.

Figure 5.10 Part de la population âgée de 65 ans et plus, selon la division de recensement, Canada, 2011

Échelle
0 400 800 km

Axe Windsor–Québec

Ville de Québec

Windsor

Échelle
0 200 400 km

- Moins de 0,05 %
- 0,05 % à 0,99 %
- 1,00 % à 2,49 %
- 2,50 % à 4,99 %
- 5,00 % et plus

1. Part des personnes âgées = population de 65 ans et plus de la division de recensement / population canadienne de 65 ans et plus × 100.

Source : Deuxième série de projections de Statistique Canada, 1994.

cohortes d'âge, mais un nombre beaucoup plus élevé de personnes âgées ayant une incapacité, notamment parmi les vieillards.

Des 4,98 millions de personnes qui seront âgées de 65 ans et plus en 2011, on prévoit qu'environ 1,04 million vivant hors établissements seront frappées d'une incapacité quelconque et près de 300 000, d'une incapacité grave. À l'aide des taux basés sur les activités de la vie quotidienne et les activités instrumentales de la vie quotidienne, on estime que 100 000 personnes âgées de 65 ans et plus auront besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne et 300 000, pour les activités instrumentales de la vie quotidienne. En raison de la méthode de projection utilisée, le pourcentage des personnes âgées ayant une incapacité grave augmentera avec l'âge, comme le fera le pourcentage des personnes qui auront besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne ou les activités instrumentales de la vie quotidienne.

À l'échelon provincial, la taille de la population âgée atteinte d'incapacité variera beaucoup, en raison des différences dans les taux d'incapacité par âge en 1986 et des différences prévues dans les projections démographiques par province. On s'attend toutefois à ce que, dans chaque province, les proportions de personnes ayant une incapacité demeurent inchangées par rapport à 1986 (tableaux 5.3 et 5.4). Les provinces où l'on prévoit l'accroissement le plus marqué de la population âgée, en termes absolus, connaîtront également la plus forte augmentation de leur population âgée atteinte d'incapacité. Le tableau 5.5 montre l'ampleur de ces changements dans chaque province, selon le sexe, le degré de gravité, les activités de la vie quotidienne et les activités instrumentales de la vie quotidienne. Dans chaque province on assistera à une augmentation substantielle (en pourcentage) du nombre de personnes âgées qui auront des incapacités graves et de celles qui auront besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne ou les activités instrumentales de la vie quotidienne. Là où la population est petite, comme à Terre-Neuve et dans les territoires, les taux d'augmentation sont en partie attribuables aux faibles nombres utilisés pour les calculs; cependant, même dans ces régions, le nombre absolu de personnes âgées hors établissements constituera un défi de taille pour les collectivités. À Terre-Neuve, par exemple, on prévoit qu'environ 13 000 personnes âgées vivant hors établissements auront des incapacités graves. En Ontario, ce nombre dépassera 207 000.

Dans les projections sur la taille de la population âgée qui vivra dans les établissements en 2011, nous avons présumé que les taux de placement en établissement ne changeraient pas par rapport à ceux de 1986. Il faut toutefois accorder une attention spéciale à cette hypothèse, car les taux de placement sont fortement tributaires du nombre de places disponibles dans une région. Toute variation de l'offre aurait donc pour effet de modifier les taux.

Or, à la lumière des tendances actuelles, il est possible que ces taux élevés de placement en établissement ne se concrétisent pas, ce qui aurait pour effet d'accroître considérablement le pourcentage de personnes âgées atteintes d'incapacité grave qui vivront hors établissements et qui auront besoin de beaucoup d'aide pour les activités de la vie quotidienne et les activités instrumentales de la vie quotidienne. Un grand nombre de ces personnes seraient des femmes âgées de

Tableau 5.3 Projections de la population âgée, selon le degré d'incapacité, 2011

		Femmes						Hommes					
Province ou territoire	Groupe d'âge	Population totale	Sans incapacité	Incapacité légère	Incapacité modérée	Incapacité grave	Total en établissements	Population totale	Sans incapacité	Incapacité légère	Incapacité modérée	Incapacité grave	Total en établissements
Terre-Neuve	65 à 74 ans	24 100	14 000	3 107	3 994	2 537	463	23 500	13 779	3 476	4 473	1 435	338
	75 à 84 ans	13 800	4 426	1 986	2 300	3 907	1 181	10 700	4 476	1 446	2 403	1 674	702
	85 ans et plus	6 600	412	872	1 345	2 147	1 824	2 900	497	311	232	1 419	441
Île-du-Prince-Édouard	65 à 74 ans	6 100	3 504	1 222	903	387	84	5 500	2 888	1 200	947	419	46
	75 à 84 ans	4 100	1 602	836	908	508	247	2 800	1 265	596	612	210	117
	85 ans et plus	2 400	350	246	537	658	607	900	253	66	142	226	213
Nouvelle-Écosse	65 à 74 ans	43 900	24 337	8 366	6 789	3 886	522	39 600	21 746	7 027	6 484	3 878	465
	75 à 84 ans	27 600	11 777	4 293	5 390	4 062	2 077	20 100	10 016	3 370	3 650	2 201	863
	85 ans et plus	15 100	1 742	512	4 007	4 871	3 968	6 800	952	563	1 927	2 288	1 070
Nouveau-Brunswick	65 à 74 ans	34 100	20 097	5 307	5 526	2 549	621	31 600	17 061	5 154	6 051	2 830	505
	75 à 84 ans	22 000	8 944	3 187	3 916	3 855	2 097	15 600	6 223	3 597	3 312	1 562	905
	85 ans et plus	11 700	1 918	1 273	1 484	3 419	3 606	5 100	870	855	752	1 614	1 008
Québec	65 à 74 ans	363 400	253 730	35 596	38 168	26 011	9 895	319 100	217 103	45 285	31 879	16 676	8 157
	75 à 84 ans	233 600	108 529	27 524	35 255	30 822	31 470	154 500	88 520	18 200	16 445	17 513	13 822
	85 ans et plus	121 200	25 946	3 759	21 747	23 523	46 225	43 800	10 894	6 039	7 728	9 276	9 862
Ontario	65 à 74 ans	544 800	348 114	72 763	69 382	42 039	12 501	487 000	279 684	106 913	59 890	29 109	11 404
	75 à 84 ans	355 500	147 167	49 560	67 690	47 813	43 270	263 800	142 104	42 510	36 925	22 481	19 779
	85 ans et plus	185 700	19 438	12 355	26 476	52 443	74 987	81 000	28 623	4 338	11 489	13 706	22 843

(suite...)

TABLEAU 5.3 PROJECTIONS DE LA POPULATION ÂGÉE, SELON LE DEGRÉ D'INCAPACITÉ, 2011 (SUITE)

		Femmes						Hommes					
Province ou territoire	Groupe d'âge	Population totale	Sans incapacité	Incapacité légère	Incapacité modérée	Incapacité grave	Total en établissements	Population totale	Sans incapacité	Incapacité légère	Incapacité modérée	Incapacité grave	Total en établissements
Manitoba	65 à 74 ans	48 200	29 371	6 935	6 885	4 216	793	42 900	25 134	7 916	5 828	3 458	564
	75 à 84 ans	32 600	12 056	3 984	8 185	5 348	3 025	24 500	10 731	4 888	3 856	3 242	1 784
	85 ans et plus	19 000	4 062	895	3 470	4 731	5 842	9 300	706	2 057	3 018	2 303	1 216
Saskatchewan	65 à 74 ans	40 000	26 771	4 680	5 420	2 385	744	36 400	22 197	5 892	5 317	2 220	773
	75 à 84 ans	30 100	11 289	3 539	7 531	4 791	2 950	22 800	11 069	2 061	4 969	3 099	1 602
	85 ans et plus	20 600	4 110	2 404	2 150	4 638	7 298	8 800	1 356	1 595	1 265	2 102	2 482
Alberta	65 à 74 ans	116 200	76 464	13 550	14 946	8 587	2 653	106 100	62 682	19 906	13 396	7 381	2 734
	75 à 84 ans	73 100	29 391	7 230	13 451	12 710	10 318	57 600	24 930	8 733	10 043	7 867	6 026
	85 ans et plus	37 800	5 045	3 301	3 383	4 829	21 242	16 800	2 657	2 749	2 611	3 282	5 500
Colombie-Britannique	65 à 74 ans	188 600	128 396	18 865	24 641	13 969	2 730	180 000	111 736	30 450	22 503	13 022	2 288
	75 à 84 ans	124 500	56 397	10 380	26 326	17 582	13 815	99 400	52 916	14 385	12 582	13 038	6 480
	85 ans et plus	73 700	10 666	10 066	9 340	12 908	30 719	33 200	6 395	2 425	3 519	8 747	12 115
Yukon	65 à 74 ans	1 200	462	522	125	91	– – –[1]	1 100	607	185	268	40	– – –
	75 à 84 ans	500	30	53	300	117	– – –	400	225	22	51	102	– – –
	85 ans et plus	200	– – –	66	34	100	– – –	100	– – –	– – –	26	74	– – –
Territoires du Nord-Ouest	65 à 74 ans	1 700	891	127	139	543	– – –	1 800	616	912	157	116	– – –
	75 à 84 ans	800	19	148	172	462	– – –	800	80	23	369	327	– – –
	85 ans et plus	300	– – –	– – –	125	175	– – –	97	43	– – –	54	– – –	– – –

1. Pour + + + et – – –, le niveau de signification est 0,001;
   Pour + + et – –, il est 0,01;
   Pour + et – il est 0,05.

Sources : Deuxième série de projections de Statistique Canada, 1994; Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1986.

Tableau 5.4 Projections de la population âgée, selon l'état de santé, 2011

Province ou territoire	Groupe d'âge	Femmes						Hommes					
		Population totale	Sans incapacité	Aucune aide pour les AIVQ[1] ou les AVQ[2]	Aide pour les AIVQ	Aide pour les AVQ	Total des femmes vivant en établissements	Population totale	Sans incapacité	Aucune aide pour les AIVQ[1] ou les AVQ[2]	Aide pour les AIVQ	Aide pour les AVQ	Total des femmes vivant en établissements
Terre-Neuve	65 à 74 ans	24 100	14 000	5 522	3 210	906	463	23 500	13 779	7 273	1 428	683	338
	75 à 84 ans	13 800	4 426	3 637	3 125	1 432	1 181	10 700	4 476	3 150	1 566	806	702
	85 ans et plus	6 600	412	592	1 487	2 285	1 824	2 900	497	889	423	650	441
Île-du-Prince-Édouard	65 à 74 ans	6 100	3 504	1 896	460	156	84	5 500	2 888	2 147	243	175	46
	75 à 84 ans	4 100	1 602	1 199	769	283	247	2 800	1 265	945	356	118	117
	85 ans et plus	2 400	350	284	875	283	607	900	253	235	88	111	213
Nouvelle-Écosse	65 à 74 ans	43 900	24 337	12 210	5 901	929	522	39 600	21 746	12 954	2 910	1 525	465
	75 à 84 ans	27 600	11 777	6 619	5 539	1 587	2 077	20 100	10 016	6 245	2 272	705	863
	85 ans et plus	15 100	1 742	868	5 167	3 355	3 968	6 800	952	1 982	1 753	1 043	1 070
Nouveau-8runswick	65 à 74 ans	34 100	20 097	8 947	3 745	690	621	31 600	17 061	10 577	2 243	1 214	505
	75 à 84 ans	22 000	8 944	5 627	4 102	1 230	2 097	15 600	6 223	5 856	1 873	743	905
	85 ans et plus	11 700	1 918	1 387	3 474	1 315	3 606	5 100	870	650	1 646	926	1 008
Québec	65 à 74 ans	363 400	253 729	50 455	41 478	7 843	9 895	319 100	217 104	68 394	18 017	7 429	8 157
	75 à 84 ans	233 600	108 529	39 089	38 626	15 886	31 470	154 500	88 520	28 002	17 328	6 827	13 822
	85 ans et plus	121 200	25 946	11 341	26 722	10 966	46 225	43 800	10 894	8 972	7 026	7 045	9 862
Ontario	65 à 74 ans	544 800	348 115	111 429	55 289	17 466	12 501	487 000	279 684	159 279	25 672	10 961	11 404
	75 à 84 ans	355 500	147 166	83 487	65 182	16 395	43 270	263 800	142 104	68 506	20 956	12 454	19 779
	85 ans et plus	185 700	19 438	24 879	49 831	16 565	74 987	81 000	28 623	8 655	12 720	8 159	22 843

1. Activités instrumentales de la vie quotidienne.
2. Activités de la vie quotidienne.

(suite...)

TABLEAU 5.4 PROJECTIONS DE LA POPULATION ÂGÉE, SELON L'ÉTAT DE SANTÉ, 2011 (SUITE)

		Femmes						Hommes					
Province ou territoire	Groupe d'âge	Population totale	Sans incapacité	Aucune aide pour les AIVQ[1] ou les AVQ[2]	Aide pour les AIVQ	Aide pour les AVQ	Total des femmes vivant en établissements	Population totale	Sans incapacité	Aucune aide pour les AIVQ[1] ou les AVQ[2]	Aide pour les AIVQ	Aide pour les AVQ	Total des femmes vivant en établissements
Manitoba	65 à 74 ans	48 200	29 371	9 923	6 606	1 506	793	42 900	25 134	13 323	2 237	1 642	564
	75 à 84 ans	32 600	12 056	9 694	5 115	2 709	3 025	24 500	10 731	7 833	2 879	1 273	1 784
	85 ans et plus	19 000	4 062	1 095	2 706	5 295	5 842	9 300	706	3 353	2 295	1 730	1 216
Saskatchewan	65 à 74 ans	40 000	26 771	7 699	3 789	997	744	36 400	22 197	11 036	1 442	951	773
	75 à 84 ans	30 100	11 289	7 163	7 016	1 683	2 950	22 800	11 069	6 182	2 163	1 784	1 602
	85 ans et plus	20 600	4 110	2 345	4 373	2 474	7 298	8 800	1 356	2 271	1 512	1 179	2 482
Alberta	65 à 74 ans	116 200	76 464	21 226	11 831	4 026	2 653	106 100	62 682	34 795	4 054	1 835	2 734
	75 à 84 ans	73 100	29 391	13 305	16 661	3 424	10 318	57 600	24 930	19 019	4 476	3 149	6 026
	85 ans et plus	37 800	5 045	4 280	4 310	2 923	21 242	16 800	2 657	4 149	2 975	1 518	5 500
Colombie-Britannique	65 à 74 ans	188 600	128 396	33 523	19 813	4 139	2 730	180 000	111 737	51 386	9 718	4 871	2 288
	75 à 84 ans	124 500	56 397	18 726	29 808	5 754	13 815	99 400	52 916	21 147	12 060	6 797	6 480
	85 ans et plus	73 700	10 666	13 016	10 474	8 824	30 720	33 200	6 395	3 862	7 670	3 158	12 115
Yukon	65 à 74 ans	1 200	462	606	105	27	– – –[3]	1 100	607	262	65	166	– – –
	75 à 84 ans	500	30	83	327	60	– – –	400	225	88	46	41	– – –
	85 ans et plus	200	– – –	100	33	67	– – –	100	– – –	14	86	– – –	– – –
Territoires du Nord-Ouest	65 à 74 ans	1 700	891	180	464	165	– – –	1 800	616	1 024	103	57	– – –
	75 à 84 ans	800	19	7	594	181	– – –	800	80	644	46	30	– – –
	85 ans et plus	262	– – –	– – –	166	96	– – –	100	43	25	33	– – –	– – –

1. Activités instrumentales de la vie quotidienne.
2. Activités de la vie quotidienne.
3. Pour + + + et – – –, le niveau de signification est 0,001;
Pour + + et – –, il est 0,01;
Pour + et – il est 0,05.

Sources : Deuxième série de projections de Statistique Canada, 1994; Enquête sur la santé et les limitations d'activités de 1986.

TABLEAU 5.5 PROJECTION DE L'AUGMENTATION EN POURCENTAGE DE LA POPULATION ÂGÉE DE 65 ANS ET PLUS, SELON LE DEGRÉ D'INCAPACITÉ ET L'ÉTAT DE SANTÉ, PAR PROVINCE OU TERRITOIRE

Province ou territoire	Degré d'incapacité					État de santé				
	Sans incapacité	Incapacité légère	Incapacité modérée	Incapacité grave	Total des personnes vivant en établissements	Sans incapacité	Aucune aide pour les AIVQ[1] ou les AVQ[2]	Aide pour les AIVQ	Aide pour les AVQ	Total des personnes vivant en établissements
					Femmes					
Terre-Neuve	40,0	47,0	49,0	53,2	75,0	40,0	41,7	49,5	72,4	75,0
Île-du-Prince-Édouard	23,6	25,2	30,9	41,6	56,3	23,6	24,2	40,9	39,4	56,3
Nouvelle-Écosse	25,4	25,1	36,2	44,3	60,5	25,4	25,4	40,0	57,7	60,5
Nouveau-8runswick	27,6	31,7	32,3	46,0	62,6	27,6	29,5	42,9	50,1	62,6
Québec	47,3	49,3	63,7	70,6	99,0	47,3	53,5	65,6	75,4	99,0
Ontario	47,4	53,1	59,6	75,2	96,9	47,4	55,0	69,7	71,2	96,9
Manitoba	12,0	11,8	18,4	26,4	45,7	12,0	11,6	17,7	41,5	45,7
5askatchewan	6,2	16,3	12,6	32,4	62,6	6,2	10,9	23,7	40,0	62,6
Alberta	64,6	72,1	71,9	79,5	121,6	64,6	70,8	75,4	85,0	121,6
Colombie-Britannique	48,6	67,4	61,0	74,7	125,8	48,6	62,1	64,4	96,0	125,8
Yukon	243,0	257,8	254,6	295,1	– – –[3]	243,0	261,4	254,4	316,0	– – –
Territoires du Nord-Ouest	294,8	282,5	266,7	275,8	– – –	294,8	282,5	274,6	270,8	– – –
					Hommes					
Terre-Neuve	47,1	48,4	46,9	60,2	58,8	47,1	49,2	50,4	59,6	58,8
Île-du-Prince-Édouard	25,6	24,8	24,9	29,5	33,4	25,6	25,8	23,2	28,9	33,4
Nouvelle-Écosse	35,5	36,7	42,7	49,5	61,1	35,5	39,0	48,2	52,5	61,1
Nouveau-8runswick	37,2	39,4	38,8	48,1	55,8	37,2	37,2	48,9	50,8	55,8
Québec	62,4	65,5	69,7	77,9	86,6	62,4	65,4	74,5	85,1	86,6
Ontario	66,4	62,5	70,6	79,6	102,0	66,4	63,5	80,3	86,0	102,0
Manitoba	19,1	25,7	31,2	32,9	40,0	19,1	25,5	36,6	39,5	40,0
Saskatchewan	5,9	10,5	10,4	19,1	31,4	5,9	9,4	19,8	20,6	31,4
Alberta	76,1	78,9	82,6	87,7	99,3	76,1	79,6	91,0	92,6	99,3
Colombie-8ritannique	66,7	67,6	71,0	85,3	118,0	66,7	67,0	87,0	83,9	118,0
Yukon	177,9	174,1	179,0	202,7	– – –	177,9	179,2	201,9	176,2	– – –
Territoires du Nord-Ouest	205,2	215,6	208,7	233,6	– – –	205,2	221,1	183,6	223,9	– – –

1. Activités instrumentales de la vie quotidienne.
2. Activités de la vie quotidienne.
3. Pour + + + et – – –, le niveau de signification est 0,001;
   Pour + + et – –, il est 0,01
   Pour + et – il est 0,05.

Sources : Deuxième série de projections de 5tatistique Canada, 1994; Recensement du Canada de 1991.

85 ans et plus, vivant seules et disposant d'un revenu inférieur au seuil de faible revenu. S'il devait y avoir baisse sensible du taux de placement en établissement dans l'avenir, il faudra que ce segment de la population âgée demeure dans la collectivité, ce qui nécessitera un très grand engagement de la part des autres personnes âgées qui offriraient une aide bénévole, ou de la part des organismes publics et privés qui financeraient des services de soutien officiels.

Sans un engagement important de la part de l'État visant à soutenir les personnes âgées qui vivent dans la collectivité, on peut envisager la perspective d'un système qui serait dicté par le marché et qui créerait deux types de clientèle chez les personnes âgées, les bénéficiaires avantagés et les bénéficiaires désavantagés et, tout aussi inquiétant, deux types de régions, à savoir celles où il y aurait abondance de services et celles où il y aurait pénurie de services. Si la prestation des services devient en effet fonction de la capacité de payer, les collectivités disposant de ressources individuelles et collectives plus grandes auront tendance à offrir davantage de services et des services de meilleure qualité. Cette meilleure infrastructure constituera un attrait pour les personnes qui auront les moyens de déménager, ce qui aura des conséquences sur les régions de départ et d'arrivée. Si elle perdure pendant 10 ou 20 ans, cette situation entraînera une augmentation des ressources dans les régions favorisées, tandis qu'une baisse sera observée dans les régions défavorisées, comme le prévoit le modèle des services locaux élaboré par Tiebout (1956). Il en résulterait une iniquité encore plus grande entre les collectivités riches et pauvres, quant à l'accès aux services.

5.4 CONCLUSION

Selon les projections, près de 5 millions de personnes, soit 14,1 % de la population, seront âgées de 65 ans et plus en 2011. D'un point de vue démographique, le nombre de femmes âgées demeurera supérieur à celui des hommes, la proportion des aînés âgés de 80 ans et plus augmentera et les rapports de dépendance seront plus élevés qu'en 1991. Sur le plan géographique, les tendances déjà présentes en 1991 s'accentueront probablement, ce qui aura pour effet d'accroître la concentration relative des personnes âgées dans les régions très attrayantes du sud de la Colombie-Britannique et de l'Ontario, sous l'effet d'une croissance positive. Un accroissement similaire se manifestera en Saskatchewan et au Manitoba, mais celui-ci sera dû à une croissance négative, en particulier parmi les cohortes d'âge plus jeunes. En termes absolus, la répartition géographique de la population âgée continuera de refléter la concentration de la population du Canada dans les principales régions métropolitaines du pays. À cause de la prédominance du phénomène du vieillissement chez soi, certaines des banlieues qui croissent le plus rapidement et qui sont situées en périphérie des grandes villes du Canada présenteront probablement des signes précoces de vieillissement.

Lorsqu'on utilise les taux d'incapacité provenant de l'ESLA de 1986 pour prévoir l'état de santé de la population âgée en 2011, il apparaît que la majeure partie de la population âgée de demain n'aura pas d'incapacité ou n'aura que des incapacités légères. Cependant, il apparaît également, et ce autant à l'échelle nationale

que provinciale, qu'un pourcentage élevé de personnes, en particulier parmi les 85 ans et plus, auront des incapacités graves ou auront besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne ou les activités instrumentales de la vie quotidienne. Enfin, une proportion appréciable de la population âgée vivra dans les établissements, principalement des femmes âgées de 85 ans et plus.

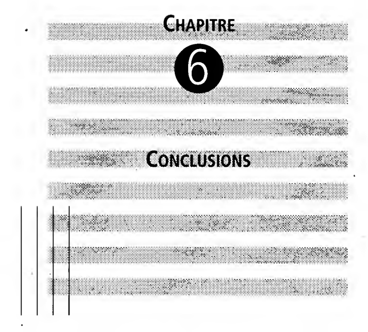
Il est particulièrement difficile d'estimer la population future qui vivra dans les établissements à l'échelon local. En effet, nous en savons très peu sur la dynamique des placements en établissement et des retours à la vie en collectivité, ou même sur les différences entre les taux de mortalité de la population vivant en établissements et de celle vivant hors établissements (voir le chapitre 4). Nous savons toutefois que la proportion de ces va-et-vient locaux entre la collectivité et les établissements, par comparaison aux migrations, influera sur la demande à l'échelle locale. De toute évidence, il s'agit d'une question à laquelle les chercheurs devront porter une attention beaucoup plus grande, en utilisant une méthode longitudinale pour la collecte et l'analyse des données.

Même si les gouvernements continuaient de verser des paiements de transfert à la population âgée, les régimes de pension publics, le nombre actuel de places dans les établissements ainsi que la taille de la population âgée ayant de graves incapacités et vivant hors établissements constitueront un défi majeur pour les collectivités de l'ensemble du pays en ce qui a trait à la prestation des services. Par ailleurs, ce défi sera encore plus grand si la vague de désinstitutionnalisation amorcée durant les années 70 et 80 se poursuit et s'accompagne d'une augmentation du nombre de personnes âgées ayant des incapacités graves, ayant besoin d'aide et vivant dans la collectivité. À défaut de reconnaître l'ampleur de ces changements, on risque d'assister au transfert de la responsabilité des services de soutien au secteur privé ou informel ce qui, en retour, se traduira par la création de deux catégories de personnes âgées (les bénéficiaires avantagés et les bénéficiaires désavantagés), qui devront faire appel à leurs propres ressources et réseaux, ainsi que de deux types de collectivités (celles où il y a abondance de services et celles où il y a pénurie de services), qui devront compter sur la capacité organisationnelle des organismes à but non lucratif et l'engagement des administrations locales.

NOTES EN FIN DE CHAPITRE

1. Pour plus d'information sur les hypothèses qui sous-tendent la série de projections, voir Statistique Canada (1994).

2. La première phase du vieillissement des villes canadiennes a été marquée par la concentration des personnes âgées près des centres-villes. La deuxième phase, à laquelle nous assistons actuellement, se caractérise par une concentration croissante des personnes âgées dans les vieilles banlieues. Enfin, la troisième phase, qui débutera au tournant du siècle, sera marquée par le vieillissement des banlieues périphériques, sous l'effet du vieillissement chez soi des personnes d'âge actif qui y vivent actuellement.



Le Recensement de 1991 et des enquêtes comme l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités, l'Enquête sur le vieillissement et l'autonomie et l'Enquête sociale générale nous ont permis de brosser un portrait de la population âgée du Canada, qui en illustre la structure démographique, les variations de sa répartition géographique, ses caractéristiques socioéconomiques et son état de santé. Notre analyse a débuté, au chapitre 1, par une description de la structure démographique de la population âgée et des changements survenus dans cette population à l'échelle nationale et provinciale. Nous avons ensuite examiné les relations entre certaines caractéristiques socioéconomiques de base de la population âgée et les tendances en matière de mobilité, de migration et du lieu de résidence (chapitre 2). La répartition géographique de la population âgée dans les divisions de recensement de l'ensemble du Canada ainsi que l'impact des phénomènes du vieillissement chez soi et de la migration sur les lieux de concentration de la population âgée ont fait l'objet du chapitre 3. Suivait, au chapitre 4, un profil de l'état de santé de la population âgée. Enfin, l'avant-dernier chapitre présentait des projections sur la population âgée et son état de santé d'ici l'an 2011, afin d'illustrer la répartition géographique future de la population âgée à partir d'une certaine série d'hypothèses.

Les discussions actuelles sur la politique concernant les personnes âgées sont truffées d'idées fausses et de malentendus (McDaniel, 1987; Northcott, 1994). Sans doute l'idée fausse la plus grave est celle voulant qu'il n'y ait pratiquement plus de personnes âgées qui vivent sous le seuil de la pauvreté à cause des fortes augmentations des prestations qui leur ont été accordées au cours des quatre dernières décennies. Une autre idée fausse fort répandue veut que la population âgée soit si nombreuse dans l'avenir qu'il faudra accroître considérablement les

ressources de soutien. Ce sont de tels malentendus et idées fausses qui ont amené bon nombre de décideurs et membres du public à croire que les personnes âgées n'ont plus besoin de programmes gouvernementaux ou qu'un grand nombre des dilemmes qui se posent actuellement ou qui se poseront dans l'avenir en regard de la politique gouvernementale sont dus à l'accroissement de la population âgée.

En 1991, la population âgée du Canada, qui se chiffrait à 3,2 millions, représentait 12 % de la population totale. Les personnes de 80 ans et plus étaient alors au nombre de 657 000 et formaient 2,4 % de la population. Le rapport hommes-femmes pour la population âgée était de 72 hommes pour 100 femmes et le rapport de dépendance, de 17,2 %, comparativement à 30,1 % pour les moins de 15 ans. En d'autres mots, les moins de 15 ans (5,7 millions de personnes) sont encore plus nombreux (dans une proportion de 80 %) que les personnes de 65 ans et plus (3,2 millions). La répartition géographique des personnes âgées reflète, dans l'ensemble, celle de la population en général : aujourd'hui, la plupart des personnes âgées vivent dans les régions urbaines et bon nombre habitent dans les grandes régions métropolitaines.

En ventilant la population âgée par cohorte d'âge, nous avons constaté que les femmes sont en majorité chez les 75 ans et plus, et qu'un grand nombre d'entre elles sont veuves et vivent seules. Par ailleurs, une proportion étonnante de ces femmes (40 %) vivent sous le seuil de faible revenu établi par Statistique Canada. Bien que certains contestent l'exactitude du seuil de faible revenu comme mesure de la pauvreté chez les personnes âgées, cette proportion fait néanmoins ressortir la forte vulnérabilité économique qui existe au sein de ce sous-groupe particulier, mais important, des aînés du Canada. Dans cette cohorte d'âge, seulement un faible pourcentage d'hommes ou de femmes qui vivent seuls habitent à proximité de membres de la famille ou d'amis proches. Bien qu'il soit possible de montrer que la migration et les déménagements locaux permettent à certaines personnes âgées de se rapprocher de la famille ou des amis, que ce soit en prévision d'une détérioration de l'état de santé ou en réaction à un événement marquant (par exemple le décès d'un conjoint), souvent de tels déplacements ne sont pas accessibles aux personnes âgées qui vivent dans des habitations à prix modique où dont les ressources financières sont limitées. Leur autonomie s'en trouve donc limitée. De toute évidence, il existe un important segment de la population âgée composé en majorité de femmes qui ne disposent ni des moyens personnels ni des réseaux informels nécessaires pour subvenir à leurs besoins, mais qui néanmoins vivent seules à un âge avancé (voir le chapitre 2). Ces conclusions devraient, à elles seules, donner à réfléchir aux personnes qui préconisent une réforme des programmes de sécurité sociale destinés aux personnes âgées, en alléguant qu'il n'existe plus d'aînés économiquement défavorisés.

C'est dans ce contexte démographique que nous avons examiné l'état de santé de la population âgée du Canada. La très grande majorité des jeunes personnes âgées n'ont pas d'incapacité ou leurs incapacités sont à ce point légères qu'elles n'ont pas besoin d'aide. Au-delà de l'âge de 80 ans, toutefois, la prévalence et la gravité des incapacités augmentent rapidement, ce qui accroît de beaucoup le besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne et les activités instrumentales

de la vie quotidienne. L'analyse des données dans un cadre à plusieurs variables révèle que la vraisemblance d'avoir une incapacité grave est associée au fait d'être très âgé, d'être à faible revenu et d'avoir peu de scolarité. Les personnes les plus susceptibles de faire appel aux organismes officiels de soutien sont les femmes âgées qui vivent seules. Par ailleurs, parmi les personnes ayant une incapacité grave, une importante proportion — entre 20 % et 50 %, selon le type de service — ont déclaré ne pas obtenir d'aide alors qu'elles en auraient besoin ou ne pas obtenir une aide suffisante.

Nous avons tenté d'éviter d'établir des relations de causalité entre les caractéristiques démographiques et socioéconomiques, ainsi que celles liées à l'état de santé des personnes âgées. Cependant, dans la perspective de la politique gouvernementale, nous ne pouvons passer outre le fait que, parmi les personnes les moins en mesure de conserver leur autonomie économique et sociale, un grand nombre sont également les plus susceptibles, en raison d'une incapacité grave ou du soutien requis pour les activités de la vie quotidienne ou les activités instrumentales de la vie quotidienne, d'exercer les plus grandes pressions sur les organismes publics.

Même si le vieillissement de la population et ses conséquences sont des phénomènes nationaux, nous voulons également insister sur le manque d'uniformité dans la répartition géographique de la population âgée du Canada. Ainsi, bien que l'ensemble de la population soit fortement concentrée dans les grandes régions urbaines, il existe des régions précises de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan, du Manitoba, de l'Ontario et des provinces de l'Atlantique où, en termes *relatifs*, la concentration de la population âgée diffère de celle de l'ensemble de la population. Au chapitre 3, nous avons démontré que la concentration relative des personnes âgées résulte des influences différentes qu'exercent le vieillissement chez soi et la migration sur les collectivités locales. Ainsi, bien que le phénomène du vieillissement chez soi prédomine dans la majeure partie du pays — ce qui laisse supposer que la structure de la population âgée de demain sera largement fonction de la structure par âge actuelle —, la migration nette demeure un phénomène important dans nombre de régions. En fait, elle prévaut dans la majeure partie des Prairies et des provinces de l'Atlantique. Le vieillissement est également tributaire des profils de migration de la population d'âge actif, c'est-à-dire une forte migration de sortie de nombreuses régions rurales et petites villes et une concentration dans les régions prospères de la Colombie-Britannique et de l'Ontario. Les collectivités qui vieillissent le plus rapidement sont celles qui sont délaissées en plus grand nombre par les plus jeunes. Il s'agit également des divisions de recensement qui sont surtout formées de petites villes et régions rurales, qui sont plus pauvres et dont la population croît lentement ou, en fait, régresse. La répartition géographique de l'incapacité reflète celle de la population âgée. Cette association laisse supposer que ces petites villes ou régions rurales plus pauvres connaîtront la plus forte demande relative de services de la part des personnes âgées et que ces collectivités seront les moins en mesure d'offrir des services en raison de la réduction probable de leur assiette fiscale.

Dans les grandes villes du Canada, nous constatons une certaine modification de la dynamique du vieillissement de la population : la structure par âge produit actuellement un important accroissement proportionnel de la population des jeunes personnes âgées, en particulier dans les banlieues. La concentration des personnes très âgées dans les grandes villes et l'existence d'une forte proportion de femmes dans ce groupe se poursuivront jusqu'en 2011. Après cette date, l'augmentation de la proportion des personnes âgées de 80 ans et plus deviendra aussi de plus en plus évidente dans les autres régions urbaines du Canada.

Dans les plus grandes régions métropolitaines du Canada, les concentrations relatives de personnes âgées se remarquent de plus en plus dans les vieilles banlieues, ainsi que dans les secteurs dont les résidents sont plus pauvres et moins instruits. Dans les secteurs de recensement de Toronto, Montréal et Vancouver, le profil géographique des personnes âgées et des personnes ayant une incapacité se distingue par l'effet modérateur de l'immigration. La plus jeune distribution par âge ainsi que la plus faible probabilité d'avoir une incapacité qui caractérisent les immigrants réduisent le vieillissement de la population dans les grandes villes du Canada, et cet effet modérateur se poursuivra au moins durant la première partie du prochain siècle.

Il est également important de souligner qu'un segment de la population âgée ayant des incapacités vit dans des conditions bien différentes de celles discutées précédemment. En dépit du mouvement de désinstitutionnalisation observé durant les années 70 et 80, la taille absolue de la population vivant dans des établissements au Canada a continué d'augmenter. En 1991, la plupart des 260 000 personnes vivant dans des établissements étaient des personnes âgées; dans ce groupe, les proportions les plus élevées se retrouvaient chez les femmes et les personnes très âgées. Le taux de placement en établissement par âge a peu changé au cours de la dernière décennie; par conséquent, avec l'accroissement de la population âgée au cours des 20 prochaines années, le défi crucial consistera à répondre à la demande de places en établissements. Si le nombre de places ne correspond pas à la demande accrue, quelles sont les personnes qui pourront avoir accès à ce service et quelles sont celles qui continueront de vivre dans la collectivité ? Bien que le soutien donné par la famille puisse combler en partie les besoins, notre étude semble indiquer qu'un grand nombre des personnes admissibles au soutien offert en établissement sont des femmes qui ont peu de famille ou d'amis qui pourraient les aider à continuer de vivre dans la collectivité. Il faut donc s'attendre à un accroissement de la demande auprès des organismes publics et privés pour la prestation de soins de longue durée et de services à domicile dans la collectivité. Or comme les femmes âgées qui vivent seules sont économiquement vulnérables, elles n'auront sans doute pas les moyens d'acheter les services nécessaires auprès du secteur privé; de leur côté, les secteurs bénévole et public pourraient ne pas être en mesure d'offrir les services si les échelons supérieurs de gouvernement ne leur allouent pas davantage de ressources.

L'avant-dernier chapitre présente des projections sur les tendances démographiques de la population âgée d'ici l'an 2011. De par la nature même du modèle de longévité de la cohorte et des hypothèses qui s'y rattachent, les profils

géographiques de ces tendances démographiques montrent une accentuation des tendances observées en 1991. Dans les régions de la Colombie-Britannique, du sud de l'Ontario et des provinces de l'Atlantique qui offrent de nombreux agréments, l'accroissement de la population âgée se poursuivra. Il en sera de même dans les régions rurales du Canada, en particulier en Saskatchewan et au Manitoba, mais pour des raisons différentes — le vieillissement de la population sera en effet le résultat de la migration de sortie des jeunes et du vieillissement chez soi de la population âgée. D'autres changements résulteront de l'effet du vieillissement chez soi dans les régions principalement urbaines du Canada. Le vieillissement des jeunes personnes âgées augmentera dans les villes et diminuera quelque peu dans les régions rurales et les petites villes du Canada, bien que les Prairies et les provinces de l'Atlantique continueront d'afficher les taux de vieillissement les plus élevés dans les groupes les plus âgés. Le profil géographique de la population âgée ayant des incapacités reflétera celui de l'ensemble de la population âgée. Cela signifie que, au cours du siècle prochain, les collectivités où il risque d'y avoir concentration de personnes âgées devront relever, en matière de prestation de services de soutien, des défis encore plus grands que ceux que nous avons décrits antérieurement.

À ces défis viendront s'ajouter les décisions que prendront les gouvernements concernant les paiements de transfert et les régimes de pension destinés aux personnes âgées, l'aide directe et indirecte accordée aux services communautaires pour aider les personnes âgées à conserver leur autonomie et les politiques en matière de placement en établissement. Le débat politique actuel sur la réforme du système de paiements de transfert versés aux aînés repose essentiellement sur l'hypothèse voulant que la situation des personnes âgées en 2011 ou après soit la même qu'en 1991. Or nous avons vu que, déjà en 1991, une proportion substantielle de la population âgée vivait sous le seuil de faible revenu et ne disposait que d'un réseau limité de soutien informel. Bien que ce ne soit pas là l'objet de la présente étude, il faut se rappeler que les personnes âgées de demain font partie de la population active d'aujourd'hui. La personne qui avait 35 ans en 1991 en aura 65 en 2021. Or il est probable que cette dernière aura fait davantage l'expérience du chômage, du sous-emploi et du travail à temps partiel que celle qui a franchi le cap des 65 ans en 1991 ou même qui l'atteindra en 2011. Il est donc probable que les personnes qui auront 65 ans en 2021 n'auront pas accumulé autant de biens que les personnes âgées actuelles et qu'elles seront moins à l'aise que celles-ci.

La population âgée plus nombreuse de 2011 aura également davantage besoin de soutien dans la collectivité. Avec l'augmentation de la mobilité de la société canadienne et des pressions économiques exercées sur la population d'âge actif — en particulier les femmes — les réseaux informels de soutien composés de la famille et des amis diminueront. Il peut s'ensuivre que les jeunes personnes âgées qui jouent déjà un rôle majeur dans le soutien des membres de la famille et des amis plus âgés seront appelées à jouer un rôle encore plus grand, compte tenu de leur nombre. Il est aussi possible que les administrations locales, les organismes à but non lucratif et les organismes privés participent davantage au soutien de la population âgée vivant dans la collectivité.

Sans l'adoption de politiques gouvernementales fermes visant à assurer un soutien communautaire uniforme aux personnes âgées, la qualité et la quantité de ces services varieront en fonction des ressources économiques, des capacités organisationnelles et de l'engagement des personnes et de leur collectivité. Or une telle situation pourrait donner lieu, à l'échelle du pays, à un ensemble disparate de régions où il y aurait parfois abondance, parfois pénurie des services destinés aux personnes âgées. Qui plus est, s'il y a réduction des paiements de transfert du gouvernement et que les personnes âgées doivent payer les services, il est probable que les collectivités offrant de nombreux services attireront les personnes qui auront les moyens d'y vivre, ce qui ne fera qu'aggraver les difficultés des collectivités dépourvues qui compteront une population âgée plus pauvre de plus en plus nombreuse, dont les besoins en services seront encore plus grands.

La dernière question à examiner en regard de ses répercussions sur la politique gouvernementale concerne l'avenir des personnes âgées vivant en établissement. La volonté du gouvernement de créer des places subventionnées déterminera le nombre de ces dernières en 2011. Si, au contraire, il y a mise en place d'une politique de désinstitutionnalisation efficace ou si le nombre de places dans les établissements augmente plus lentement que celui des personnes âgées, alors le nombre croissant de personnes âgées ayant des incapacités multiples et graves et vivant dans la collectivité ne fera qu'exacerber les pressions qu'elles ressentent et que ressentiront leur famille, leurs amis et les collectivités appelés à leur apporter un soutien.

D'ici le tournant du siècle, la plupart des personnes âgées du Canada seront actives et autonomes et disposeront des ressources sociales et économiques nécessaires pour subvenir à leurs besoins. Cependant, une grosse proportion d'entre elles — dont le nombre continuera par ailleurs d'augmenter jusqu'en l'an 2011 et au-delà — ne disposeront pas d'un soutien financier et social adéquat à un âge plus avancé. La question qui se pose maintenant est de savoir si les politiques gouvernementales adoptées aujourd'hui assureront un accès égal aux services ou si, au contraire, elles se traduiront dans l'avenir par la création de deux catégories de personnes âgées et de collectivités, les unes défavorisées et les autres favorisées.

BIBLIOGRAPHIE

Adams, O. «Espérance de vie au Canada : un aperçu» dans *Rapports sur la santé*, vol. 2, n° 4, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, Ottawa, ministère des Approvisionnements et Services, 1990, p. 361 à 376.

Angus, D. «The long-term budgetary problem» dans *Report of the Policy Forum on Medicare in an Age of Restraint*, Kingston, Ontario, John Deutsch Institute, 1984.

Aronson, J. «Women's sense of responsibility for the care of old people: But who else is going to do it?» dans *Aging Canadian Perspectives*, publié sous la direction de V. Marshall et B. McPherson, Peterborough, Ontario, Broadview Press, 1994, p. 175 à 194.

Barer, M.L., R.G. Evans et C. Hertzman. «Avalanche or glacier? Health care and the demographic rhetoric» dans *Revue canadienne du vieillissement*, vol. 14, n° 2, 1995, p. 193 à 224.

Barer, M.L., R.G. Evans, C. Hertzman et J. Lomas. «Aging and health care utilization: new evidence on old fallacies» dans *Social Science and Medicine*, vol. 24, n° 10, 1987, p. 851 à 862.

Beaujot, R. *Population change in Canada: the challenges of policy adaptation*, Toronto, McClelland and Stewart, 1991.

Bekkering, M. *Patterns of change in the spatial distribution of the elderly, 1966-1986*, thèse de maîtrise non publiée, département de géographie, Queen's University, Kingston, Ontario, 1990.

Bergob, M. «Destination preferences and motives of senior and non-senior interprovincial migrants in Canada» dans *Canadian Studies in Population*, vol. 22, n° 1, 1995, p. 31 à 48.

Boyd, M. «Immigration and income security policies in Canada: implications for elderly immigrant women» dans *Population Research and Policy Review*, vol. 8, n° 1, 1989, p. 5 à 24.

Chen, J.G., R. Verma, M.V. George et S.Y. Dai. *The demography of disability in Canada: current trends and projections among the working-age population*, communication présentée à la conférence de l'Union internationale pour l'étude scientifique de la population, Montréal, 1993.

Connidis, I.A. «Growing up and old together: some observations on families in later life» dans *Aging Canadian Perspectives*, publié sous la direction de V. Marshall et B. McPherson, Peterborough, Ontario, Broadview Press, 1994, p. 195 à 205.

Crimmins, E.M. et Y. Saito. *Getting better and getting worse: transitions in functional status among older Americans*, communication présentée à l'assemblée annuelle de la Population Association of America, Toronto, 1990.

Denton, F.T. et B.G. Spencer. «Demographic change and the cost of publicly funded health care» dans *Revue canadienne du vieillissement*, vol. 14, n° 2, 1995, p. 174 à 192.

Denton, F.T., S.N. Li et B.G. Spencer. «How will population aging affect the future costs of maintaining health-care standards?» dans *Aging in Canada: Social Perspectives,* publié sous la direction de V.W. Marshall, deuxième édition, Toronto, Fitzhenry and Whiteside, 1987.

Desjardins, B. *Vieillissement de la population et personnes âgées,* produit n° 91-533F au catalogue de Statistique Canada, Ottawa, ministère de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie, 1993.

Dooley, M. «Women, children and poverty in Canada» dans *Analyse de politiques*, vol. 20, n° 4, 1994, p. 430 à 443.

Dunn, P.A. *Obstacles auxquels font face les personnes âgées ayant une incapacité au Canada*, vol. 1; produit n° 82-615 au catalogue de Statistique Canada, Ottawa, ministère de l'Expansion industrielle régionale, 1990.

Evans, R.G. «Hang together or hang separately: the viability of a universal health care system in an aging society» dans *Analyse de politiques*, vol. 13, n° 2, 1987, p. 165 à 180.

Foot, D.K. *Canada's Population Outlook: Demographic Futures and Economic Challenges*, Ottawa, Institut canadien de politique économique, 1982.

—. «Public expenditures, population aging and economic dependency in Canada, 1921-2021» dans *Population Research and Policy Review*, vol. 8, n° 1, 1989, p. 97 à 117.

Fournier, G.M., D. Rasmussen et W. Serow. «Elderly migration: for sun and money» dans *Population Research and Public Policy*, vol. 7, n° 2, 1988, p. 189 à 199.

Frey, W.H. «Lifecourse migration and redistribution of the elderly across U.S. regions and metropolitan areas» dans *Economic Outlook USA*, 2e trimestre, 1986, p. 10 à 16.

—. «Metropolitan redistribution of the U.S. elderly, 1960-70, 1970-80, 1980-90» dans *Elderly migration and population redistribution: A comparative study*, publié sous la direction de A. Rogers, London, Belhaven, 1992.

—. «Elderly demographic profiles of U.S. states: impacts of 'new elderly births,' migration and immigration» dans *The Gerontologist*, n° 35, 1995, p. 6.

Gee, E.M. et M.M. Kimball. *Women and Aging*, Toronto, Butterworths, 1987.

Gee, E.M. et S.A. McDaniel. «Social policy for an aging society» dans *Aging Canadian Perspectives*, publié sous la direction de V. Marshall et B. McPherson, Peterborough, Ontario, Broadview Press, 1994, p. 219 à 231.

George, M.V., A. Romaniuc et F. Nault. *Effects of fertility and international migration on the changing age composition in Canada*, communication présentée à la Conférence des statisticiens européens, Ottawa, 1990.

Gibson, D.M. et D.T. Rowland. «Community vs. institutional care: the case of the Australian aged» dans *Social Science and Medicine*, vol. 18, nº 11, 1984, p. 997 à 1004.

Golant, S. «The suburbanization of the U.S. elderly» dans *Elderly migration and population redistribution: A comparative study*, publié sous la direction de A. Rogers, London, Belhaven, 1992, p. 163 à 180.

Grant, P.R. et B. Rice. «Transportation problems of the rural elderly: a needs assessment» dans *Revue canadienne du vieillissement*, vol. 2, nº 3, 1983, p. 107 à 124.

Havens, B. «Long-term care diversity within the care continuum» dans *Revue canadienne du vieillissement*, vol. 14, nº 2, 1995, p. 245 à 262.

Henripin, J. «The financial consequences of population aging» dans *Analyse de politiques*, vol. 20, nº 1, 1994, p. 78 à 94.

Kalbach, W.E. et W.W. McVey. *The Demographic Bases of Canadian Society*, Toronto, McGraw-Hill Ryerson, 1971.

—. *The Demographic Bases of Canadian Society,* deuxième édition, Toronto, McGraw-Hill Ryerson, 1979.

Kleinbaum, D.G. *Logistic Regression: A Self-learning Text*, New York, Springer, 1994.

Litwak, E. et C.F. Longino. «Migration patterns among the elderly: a developmental perspective» dans *The Gerontologist*, nº 27, 1987, p. 266 à 272.

Marshall, V. «A critique of Canadian aging and health policy» dans *Aging: Canadian Perspectives*, publié sous la direction de V. Marshall et B. McPherson, Peterborough, Ontario, Broadview Press, 1994, p. 232 à 244.

McCarthy, K. *The Elderly Population's Changing Spatial Distribution: Patterns of Change since 1960*, Santa Monica, The Rand Corporation, 1983.

McDaniel, S.A. *Canada's Aging Population*, Toronto, Butterworths, 1986.

—. «Demographic aging as a guiding paradigm in Canada's welfare state» dans *Analyse de politiques*, vol. 13, nº 3, 1987, p. 330 à 336.

McDowell, I. *A Disability Score for the Health and Activity Limitation Survey*, Ottawa, Statistique Canada, document de travail STC2204, 1988.

McGuinness, D. Thèse de maîtrise non publiée, département de géographie, Queen's University, Kingston, Ontario, 1996.

McKeown, T. *The Origins of Human Disease*, Oxford, Basil Blackwell, 1988.

McVey, W.W. et W.E. Kalbach. *Canadian Population*, Toronto, Nelson, 1995.

Menken, J.L. «Age and fertility: how late can you wait?» dans *Demography*, vol. 22, nº 4, 1985, p. 469 à 484.

Ministère de la Santé et du Bien-être social. *Esquisse du Canada de demain : Rapport de l'Étude démographique*, Ottawa, ministère des Approvisionnements et Services, 1989.

Ministère de la Santé et du Bien-être social, Secrétariat du Troisième âge. *Vieillissement et autonomie : aperçu d'une enquête nationale*, Ottawa, ministère des Approvisionnements et Services, 1993.

Mitra, S. «Below replacement fertility, net international migration and Canada's future population» dans *Canadian Studies in Population*, vol. 19, nº 1, 1992, p. 27 à 46.

Moore, E.G. *A geographic perspective on the demography of disability*, communication présentée à l'assemblée annuelle de l'Association of American Geographers, San Diego, 1992.

—. *What questions shall we ask? Data availability and analytic strategies in population geography*, communication sur les nouvelles tendances de la géographie démographique présentée à l'assemblée annuelle de l'Association of American Geographers, Atlanta, 1993.

Moore, E.G. et M.W. Rosenberg. *Population Redistribution of the Elderly and Its Impact on Government Services and Government Financing*, pour Review of Demography, département de géographie, Queen's University, Kingston, Ontario, 1988.

—. *Disabled Adults in Ontario Institutions*, pour le ministère des Services sociaux et communautaires de l'Ontario, département de géographie, Queen's University, Kingston, Ontario, 1991.

—. *A Review of Demographic Studies of Persons with Disabilities*, pour Mainstream 1992, département de géographie, Queen's University, Kingston, Ontario, 1992.

—. «Measurement of disability at different geographic scales in Canada—local area estimation using microdata from a national disability survey with aggregate census data for local areas» dans les *Actes de la Conférence mondiale de la population*, congrès de l'Union internationale pour l'étude scientifique de la population, vol. 1, Montréal, 1993, p. 553 à 568.

Moore, E.G., M.W. Rosenberg et M. Bekkering. *An Atlas of the Elderly Population of Atlantic Canada*, pour Review of Demography, département de géographie, Queen's University, Kingston, Ontario, 1989.

—. *An Atlas of the Elderly Population of Québec*, pour Review of Demography, département de géographie, Queen's University, Kingston, Ontario, 1989.

—. *An Atlas of the Elderly Population of Ontario*, pour Review of Demography, département de géographie, Queen's University, Kingston, Ontario, 1989.

—. *An Atlas of the Elderly Population of the Prairies*, pour Review of Demography, département de géographie, Queen's University, Kingston, Ontario, 1989.

—. *An Atlas of the Elderly Population of British Columbia*, pour Review of Demography, département de géographie, Queen's University, Kingston, Ontario, 1989.

—. *An Atlas of the Elderly Population of the Territories*, pour Review of Demography, département de géographie, Queen's University, Kingston, Ontario, 1989.

Moore, E.G., S.O. Burke et M.W. Rosenberg. *The Disabled Adult Residential Population*, pour le ministère des Services sociaux et communautaires de l'Ontario, département de géographie, Queen's University, Kingston, Ontario, 1990.

Moore, E.G. et W.A.V. Clark. «Stable structure and local variation: a comparison of household flows in four metropolitan areas» dans *Urban Studies*, vol. 23, n° 3, 1987, p. 185 à 196.

Morrison, P. *Is «aging in place» a blueprint for the future?*, communication sur les principales tendances de la géographie démographique présentée à l'assemblée annuelle de l'Association of American Geographers, San Diego, California, 1992.

Nagnur, D. *Longévité et tables de mortalité chronologiques (Abrégées), 1921-1981, Canada et Provinces*, produit n° 89-506 au catalogue de Statistique Canada, Ottawa, ministère des Approvisionnements et Services, 1986a.

—. «Rectangularization of the survival curve and entropy: The Canadian experience, 1921-1981» dans *Canadian Studies in Population*, vol. 13, n° 1, 1986b, p. 83 à 102.

Nathanson, C. et A. Lopez. «The future of sex mortality differentials in industrialized countries: A structural hypothesis» dans *Population Research and Policy Review*, vol. 6, n° 2, 1987, p. 123 à 136.

Newbold, K.B. *Characterization and Explanation of Primary, Return and Onward Interprovincial Migration: Canada 1976-1986*, thèse de doctorat non publiée, département de géographie, McMaster University, Hamilton, Ontario, 1993.

Newbold, K.B. et K.L. Liaw. «Characterization of Primary, Return and Onward Inter-provincial Migration in Canada: Overall and Age-specific Patterns» dans *Revue canadienne des sciences régionales*, vol. 13, n° 1, 1990, p. 17 à 34.

Nolan, T. et I.B. Pless. «Emotional correlates and consequences of birth defects» dans *The Journal of Pediatrics*, n° 109, 1986, p. 210 à 216.

Northcott, H.C. *Changing Residence: The Geographic Mobility of Elderly Canadians*, Toronto, Butterworths, 1988.

—. «Public perceptions of the population aging 'crisis'» dans *Analyse de politiques*, vol. 20, n° 1, 1994, p. 66 à 77.

Omran, A.R. «The epidemiological transition: a theory of epidemiology of population change» dans *Milbank Memorial Fund Quarterly, Health and Society*, n° 49, 1971, p. 507 à 537.

Organisation Mondiale de la Santé. *Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages : un manuel de classification des conséquences des maladies*, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 1980.

Péron, Y. et C. Strohmenger. *Indices démographiques et indicateurs de santé des populations — Présentation et interprétation*, produit n° 82-543F au catalogue de Statistique Canada, Ottawa, ministère des Approvisionnements et Services, 1985.

Ram, B. *La conjoncture démograpique — Nouvelles tendances de la famille — Aspects démographiques*, produit n° 91-535F au catalogue de Statistique Canada, Ottawa, ministère de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie, 1990.

Rees, P. et A.G. Wilson. *Spatial Population Analysis*, London, Edward Arnold, 1977.

Roberge, R., J.-M. Berthelot et M. Wolfson. *The impact of socioeconomic status on health status in Ontario*, communication présentée lors de la 22e Conférence mondiale de la population, Union internationale pour l'étude scientifique de la population, Montréal, 1993.

Rogers, A. *Introduction to Multiregional Mathematical Demography*, New York, Wiley, 1975.

—. «Age patterns of elderly migration: an international comparison» dans *Demography*, vol. 25, n° 3, 1988, p. 355 à 370.

—. «The elderly mobility transition: growth, concentration, and tempo» dans *Research on Aging*, vol. 11, n° 1, 1989, p. 3 à 32.

Rogers, A., R. Rogers et A. Belanger. «Longer life but worse health? Measurement and dynamics» dans *The Gerontologist*, vol. 30, n° 5, 1990, p. 640 à 649.

Rogers, A., R. Rogers et L. Branch. «A multistate analysis of active life expectancy» dans *Public Health Reports*, vol. 104, n° 3, 1989, p. 222 à 226.

Romaniuc, A. «Fertility in Canada: retrospective and prospective» dans *Perspectives on Canada's population: An introduction to concepts and issues*, publié sous la direction de F. Trovato et C.F. Grindstaff, Toronto, Oxford, 1994.

Rosenberg, M. W. et E.G. Moore. «The elderly, economic dependency, and local government revenues and expenditures» dans *Environment and Planning C: Government and Policy*, n° 8, 1990, p. 149 à 165.

Rosenberg, M.W., E.G. Moore et S.B. Ball. «Components of change in the spatial distribution of the elderly population in Ontario, 1976-1986» dans *Le géographe canadien*, vol. 33, nº 3, 1989, p. 218 à 229.

Rosenthal, C. et J. Gladstone. «Family relationships and support in later life» dans *Aging Canadian Perspectives*, publié sous la direction de V. Marshall et B. McPherson, Peterborough, Ontario, Broadview Press, 1994, p. 158 à 174.

Ross, N.A., M.W. Rosenberg et D.C. Pross. «Siting a women's health facility: a location-allocation study of breast cancer screening services in eastern Ontario» dans *Le géographe canadien*, vol. 38, nº 2, 1994a, p. 150 à 161.

Ross, N.A., M.W. Rosenberg, D.C. Pross et B. Bass. «Contradictions in women's health care provision: A case study of attendance for breast screening» dans *Social Science and Medicine*, vol. 39, nº 8, 1994b, p. 1015 à 1025.

Ruggeri, G.C., R. Howard et K. Bluck. «The incidence of low income among the elderly» dans *Analyse de politiques*, vol. 20, nº 2, 1994, p. 138 à 151.

Sarlo, C.A. *Poverty in Canada*, Vancouver, The Fraser Institute, 1992.

Shaw, R.P. *Intermetropolitan migration in Canada: Changing determinants over three decades*, Toronto, NC Press, 1985.

Simmons, J. «The urban system» dans *Canadian Cities in Transition*, publié sous la direction de T. Bunting et P. Filion, Toronto, Oxford University Press, 1991.

Stafford, J. «Welcome but why? Recent changes in Canadian immigration policy» dans *American Review of Canadian Studies*, vol. 22, nº 2, 1992, p. 235 à 258.

Statistique Canada, Division des projets analytiques du recensement. *Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires, 1993-2041*, Ottawa, ministère de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie, 1994.

Statistique Canada. *Santé et aide du milieu, 1985*, Enquête sociale générale, série analytique, Ottawa, ministère des Approvisionnements et Services, 1987.

—. *Faits saillants : personnes ayant une incapacité au Canada*, Ottawa, ministère de l'Expansion industrielle régionale, 1990a.

—. *Un portrait des aînés au Canada*, Ottawa, ministère de l'Expansion industrielle régionale, 1990b.

Stone, L.O. «Implications of recent sharp declines in mortality rates and rapid population growth at ages 80 and above: a state of the art review», ouvrage de référence pour *Esquisse du Canada de demain : Rapport de l'Étude démographique*, ministère de la Santé et du Bien-être social, Ottawa, ministère des Approvisionnements et Services, 1986.

—. «Social consequences of population ageing: The human support systems dimension» dans les *Actes de la conférence mondiale de la population*, congrès de l'Union internationale pour l'étude scientifique de la population, vol. 3, Montréal, 1993, p. 25 à 34.

Stone, L. O. et S. Fletcher. *Le boom du troisième âge*, produit nº 89-515 au catalogue de Statistique Canada, Ottawa, ministère des Approvisionnements et Services, 1986.

Stone, L.O. et C. Marceau. *Canadian Population Trends and Public Policy through the 1980s*, Montréal, McGill-Queen's Press, 1977.

Tiebout, C. «A pure theory of local expenditures» dans *Journal of Political Economy*, nº 64, 1956, p. 416 à 424.

Todaro, M.P. «A model of labor migration and urban unemployment in less developed countries» dans *The American Economic Review*, nº 59, 1969, p. 138 à 148.

Tucker, R.D., L.C. Mullins, F. Béland, C.F. Longino Jr et V. Marshall. «Older Canadians in Florida: a comparison of anglophone and francophone seasonal migrants» dans *Revue canadienne du vieillissement*, vol. 11, nº 3, 1992, p. 281 à 297.

Vérificateur général du Canada. *Rapport du vérificateur général du Canada*, Ottawa, ministère des Approvisionnements et Services, 1993.

Wilkins, R. «Le besoin de données sur l'incapacité pour toute la population» dans le compte rendu de l'atelier intitulé *Mesures sur la santé des Canadiens par des enquêtes*, Ottawa, Conseil national d'information sur la santé, 1991, p. 96 à 102.

Wilkins, R. et O. Adams. «Health expectancy in Canada, 1986» dans *Health expectancy: First workshop of the international healthy life expectancy network* (REVES), publié sous la direction de J.-M. Robine, M. Blanchet et J.E. Dowd, London, HMSO, 1992, p. 57 à 60.

Wilkins, R., O. Adams et A.M. Brancker. «Évolution de la mortalité selon le revenu dans les régions urbaines du Canada entre 1971 et 1986» dans *Rapports sur la santé*, vol. 1, nº 2, produit nº 82-003 au catalogue de Statistique Canada, Ottawa, ministère des Approvisionnements et Services, 1989, p. 137 à 174.

Wiseman, R.F. «Why older people move: theoretical issues» dans *Research on Aging*, nº 2, 1990, p. 141 à 154.

Wolfson, M.C. «Divorce, homemaker pensions and lifecycle analysis» dans *Population Research and Policy Review*, vol. 8, nº 1, 1989, p. 25 à 54.

Wolfson, M.C. et J.M. Evans. *Statistics Canada's low-income cut-offs: methodological concerns and possibilities—a discussion paper*, produit nº 72N0002 au catalogue de Statistique Canada, Ottawa, 1989.

Wright, R.E. et P.S. Maxim. «Canadian fertility trends: a further test of the Easterlin hypothesis» dans *Revue canadienne de sociologie et d'anthropologie*, vol. 24, nº 3, 1987, p. 399 à 457.

Zimmerman, R.S., D.J. Jackson, C.F. Longino et J.E. Bradsher. «Interpersonal and economic resources as mediators of the effects of health decline on the geographic mobility of the elderly» dans *Journal of Aging and Health*, vol. 5, nº 1, 1993, p. 37 à 57.

INDEX

Des données sous plusieurs formes

Statistique Canada diffuse les données sous formes diverses. Outre les publications, des totalisations habituelles et spéciales sont offertes. Les données sont disponibles dans Internet, ainsi que sur disque compact, disquette, imprimé d'ordinateur, microfiche et microfilm, et bande magnétique. Des cartes et d'autres documents de référence géographiques sont disponibles pour certaines sortes de données. L'accès direct à des données agrégées est possible par le truchement de CANSIM, la base de données ordinolingue et le système d'extraction de Statistique Canada.

Comment obtenir d'autres renseignements

Toute demande de renseignements au sujet de la présente publication ou de statistiques ou de services connexes doit être adressée à la : Section de l'emploi public, Division des institutions publiques, Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6 (téléphone : (613) 951-8306) ou à l'un des centres de consultation régionaux de Statistique Canada :

Halifax	(902) 426-5331	Regina	(306) 780-5405
Montréal	(514) 283-5725	Edmonton	(403) 495-3027
Ottawa	(613) 951-8116	Calgary	(403) 292-6717
Toronto	(416) 973-6586	Vancouver	(604) 666-3691
Winnipeg	(204) 983-4020		

Vous pouvez également visiter notre site Web : http://www.statcan.ca.

Un service d'appel interurbain sans frais est offert **à tous les utilisateurs qui habitent à l'extérieur des zones de communication locale** des centres de consultation régionaux.



Service national de renseignements	**1 800 263-1136**
Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants	**1 800 363-7629**
Numéro pour commander seulement (Canada et États-Unis)	**1 800 267-6677**

Comment commander les publications

On peut se procurer les publications de Statistique Canada auprès des agents autorisés locaux et des autres librairies locales, par l'entremise des centres de consultation régionaux de Statistique Canada, ou en écrivant à :

Statistique Canada
Division des opérations et de l'intégration
Gestion de la circulation
120, avenue Parkdale
Ottawa (Ontario)
K1A 0T6

Téléphone : (613) 951-7277
Télécopieur : (613) 951-1584
Toronto (carte de crédit seulement) : (416) 973-8018
Internet : order@statcan.ca

Normes de service au public

Afin de maintenir la qualité du service au public, Statistique Canada observe des normes établies en matière de produits et de services statistiques, de diffusion d'information statistique, de services à recouvrement des coûts et de services aux répondants. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec le centre de consultation régional de Statistique Canada le plus près de chez vous.


Statistique Canada
Statistics Canada
VIEILLIR AU CANADA
ISBN 0 17 606976 3
9 780176 069766
Canada
I(T)P Nelson